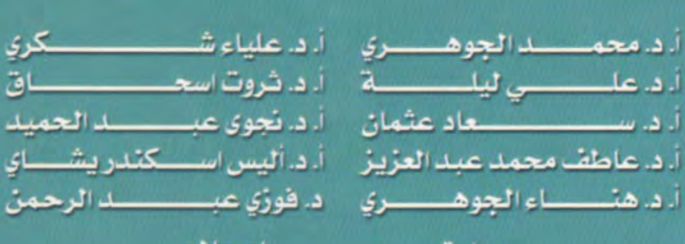


علم الاجتماع الطبي



أ. د. محمد الجوهري
أ. د. علي ليلة
أ. د. سعاد عثمان
أ. د. عاطف محمد عبد العزيز
أ. د. هناء الجوهري
أ. د. علياء شكري
أ. د. ثروت اسحاق
أ. د. نجوى عبد الحميد
أ. د. أليس اسكندر بشاي
د. فوزي عبد الرحمن
د. ابتسام علام





بسم الله الرحمن الرحيم

علم الإجتماع
الطبي

رقـــم التصنيـــف : 610.28
المؤلف ومن هو في حكمه: محمد محمود الجوهري وزملائه
عنـــوان الكتـــاب: علم الاجتماع الطبي
رقـــم الايـــداع :2008/10/3589
الـواصفـــــات: علم الاجتماع الطبي / رعاية المجتمع/
بيـانـــات النـشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع
* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى

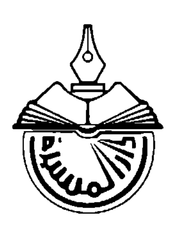
2009 م - 1430 هـ



عمان-العبدلي-مقابل البنك العربي
هاتف:5627049 فاكس:5627059
عمان-ساحة الجامع الحسيني-سوق البتراء
هاتف:4640950 فاكس:4617640
ص.ب 7218 - عمان 11118 الأردن
www.massira.jo

علم الاجتماع الطبي

أ. د. محمد الجوهري
أ. د. علي ليلة
أ. د. سعاد عثمان
أ. د. عاطف محمد عبد العزيز
أ. د. هناء الجوهري
أ. د. علياء شكري
أ. د. ثروت اسحاق
أ. د. نجوى عبد الحميد
أ. د. أليس اسكندر بشاي
د. فوزي عبد الرحمن
د. ابتسام علام



المحتويات

الباب الأول

دراسات في الصحة والمرض

الباب الثاني

دراسات في البيئة

المقدمة

الحمد لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعي،، نقدم لقرائنا الأعزاء هذا الكتاب المعنون بـ علم اجتماع الأدب حيث يتضمن الكتاب على بابين وكل باب يحتوي عدة فصول كالآتي:

الباب الأول: دراسات في الصحة والمرض

الفصل الأول : علم الاجتماع الطبي

الفصل الثاني : الإتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية

الفصل الثالث: الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي

الفصل الرابع: مساهمة العلوم الاجتماعية في مجال الوقاية والرعاية لمرض فيروس العوز المناعي الإيدز

الفصل الخامس: الخريطة الاجتماعية للصحة والمرض

الفصل السادس: التمييز بين الذكر والأنثى. نموذج الرعاية الصحية

الفصل السابع: دراسة أنثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري. دراسة ميدانية في قرية مصرية

الفصل الثامن : الإسهال عند الرضع والأطفال بمدينة القاهرة. دراسة أنثروبولوجية للإطار الاجتماعي للإصابة والعلاج

الفصل التاسع : المدخل الأنثروبولوجي والتثقيف الصحي

الباب الثاني: دراسات في البيئة

الفصل الأول : الأبعاد الاجتماعية في مجال البيئة

الفصل الثاني : دراسات حديثة في الأنثروبولوجيا البيئية

الفصل الثالث : تلوث البيئة في المجتمع المصري. رؤية تحليلية لأوراق ندوة المخاطر البيئية

الفصل الرابع: تلوث الماء والغذاء. السياق الاجتماعي والثقافي في عزبة خير الله بمصر القديمة

والله الموفق

المؤلف

الباب الأول

دراسات في الصحة والمرض

الفصل الأول
علم الاجتماع الطبي (*)

يقوم علم الاجتماع الطبي على محاولة تطبيق النظريات، والمناهج السوسيولوجية على ميدان الطب كنظام اجتماعي، كما يتضمن هذا الفرع دراسة تصورات الناس عن الصحة والمرض. بمعنى آخر يتناول علم الاجتماع الطبي الميدان الصحي بوصفه نظاماً اجتماعياً ثقافياً، أي بوصفه مجموع المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض.

وقد ظهر هذا المصطلح (علم الاجتماع الطبي) في أوائل القرن العشرين لأول مرة، واقتصرت دائرة اهتمامه على دراسة التأمينات الاجتماعية والرعاية الصحية للقطاعات والطبقات الفقيرة في الشعوب الأوروبية والأمريكية.

وقد ظهرت قبل ذلك حوالي عام 1850 محاولات من جانب بعض الأطباء للاهتمام ببعض النواحي الاجتماعية في ممارسة مهنة الطب وفي تدريس العلوم الطبية. ثم ظهرت بعد ذلك الاهتمامات بالصحة العامة والطب الوقائي وما كان يعرف بالطب الاجتماعي، وذلك من خلال جهود جوتشتاين Gottstein، وتيليكي Teleky، وجروتيان Grotjahn. وكان ميدان الصحة العامة Social Hygiene يهتم في المقام الأول بالأمراض الاجتماعية، وهي تعني الأمراض الواسعة الانتشار التي يتطلب القضاء عليها ومكافحتها إمكانيات تتجاوز حدود الإمكانيات الفردية، والتي بدا من الممكن آنذاك أنه يمكن وقاية الناس من شرورها تماماً (ومن هذه الأمراض: السل الرئوي، والأمراض التناسلية، والروماتيزم، وانضم إليها في عصرنا الحاضر السرطان وأمراض الدورة الدموية). ويلعب الدور الأول والأهم في مكافحة هذا النوع من الأمراض مراعاة بعض الأمور والاحتياطات المادية (كالتطعيمات المناسبة، والسموم

(*) كتب هذا الفصل الأستاذ الدكتور محمد الجوهري.

المرتبطة بممارسة مهن معينة، والظروف السكنية السيئة...إلخ). على حين يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة الجوانب والاعتبارات غير المادية، ذات الطبيعة الاجتماعية الثقافية، مما جعله يرتبط ارتباطاً وثيقاً بأهداف الطب السيكوسوماتي (الجسمي النفسي) الحديث.

أما الطب الاجتماعي Social Medicine فيركز الجانب الأكبر من اهتمامه على دراسة العلاقات بين التشريع والطب (مثل عمليات منح الشهادات والتقارير الطبية). ومن ثم يتضح أن رسالة علم الاجتماع الطبي ومجال اهتمامه يتجاوز بكثير حدود اهتمام الصحة العامة والطب الوقائي وكذلك حدود اهتمام الطب الاجتماعي.

ويقترح شتراوس أن نميز بين علم اجتماع دراسة الطب Sociology of Medicine واستخدام علم الاجتماع في ميدان الطب Sociology in Medicine. فالأول يهتم بدراسة الطب كنظام، والفروع العديدة للنظام الطبي القائم، بمناهج وأساليب علم الاجتماع. والمتخصص الأول في دراسة مثل هذه الموضوعات هو عالم الاجتماع المتخصص وحده. أما استخدام علم الاجتماع في ميدان الطب فيهتم بدراسة الظروف والشروط الاجتماعية للصحة والمرض، وخاصة الشروط المتعلقة بأمراض معينة. وهو بذلك يمثل ميداناً للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والأطباء على السواء وفي نفس الوقت. وقد أفاد بالفعل التمييز بين هذين الميدانين المختلفين من ميادين الدراسة، ولكن دون أن نتطرف في ذلك ونحاول الفصل بينهما فصلاً كاملاً، وإنما الهدف أن نتفق على أن هناك بعض الموضوعات التي يستطيع عالم الاجتماع أن يتصدى لدراستها بمفرده. وتلك التي يتعين أن يتعاون فيها مع الطبيب المتخصص. وتبدو العلاقة الوثيقة بين فرعي علم الاجتماع الطبي هذين بأوضح صورها في ميدان دراسة مستشفيات الصحة العقلية والتي يمكن تطبيقها بنفس الروح في دراسة سائر أنواع المؤسسات الصحية. ويمكن أن نتين ذلك عندما نقول: إن التصورات المنتشرة في مجتمع معين عن طبيعة الأمراض العقلية وأسبابها تؤثر على أداء المستشفى المختص بعلاج هذه الأمراض وعلى وظيفتها وأساليبها في العلاج وعلى طريقة تنظيمها...إلخ. وتؤدي تلك الآثار بدورها إلى التأثير على النتيجة العلاجية التي تقدمها المستشفى لمرضاها.

وقد تناول تالكوت بارسونز أهم الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي بالدراسة والعرض والتحديد، وقدم إلينا ما يمكن أن نعتبره صياغة للمفاهيم الأساسية في علم الاجتماع الطبي. وتنطلق تلك المفاهيم من توقعات الدور المنظمة (أو التي تشكلت نظامياً) في علاقة الطبيب والمريض. وحدد لنا بارسونز أهم عناصر هذه التوقعات النظامية من جانب المريض في أربعة عناصر هي:

1. التخلص من إلزامات الدور الاجتماعية العادية، التي تنطوي على التخلي عن بعض الحقوق وكذلك التخلي عن بعض الالتزامات أيضاً.
2. التصور النظامي (الثابت والواضح) الذي مؤداه أننا لا نستطيع أن نتوقع من المريض أنه ينبغي أن يكون سليماً من المرض، في الوقت الذي يتماثل فيه للشفاء ويستجمع قوته (التخلص من عبء المسئولية).
3. الالتزام بالرغبة في أن يعاني من المرض.
4. الالتزام بأن يبحث عن المساعدة من الجهة المختصة في العلاج، وأن يتعاون مع الطبيب.

ويرى فرايدسون Freidson أن العنصر الأخير يتضمن فيما يتضمن العلاقة بين نسق العامة (أي طريقة عامة الناس في التفكير في شئون الصحة والمرض) والنسق المتخصص (أي طريقة وتصورات الأطباء وغيرهم من العاملين في ميدان تقديم الخدمة الطبية). فالمريض يبدأ رحلته نحو العلاج داخل نسق العامة، وهو نسق يتضمن تصورات محددة وتعريفات معينة للإنسان الصحيح (السليم) وللإنسان المريض. ومن هنا فلن يبحث عن الطبيب وعن المستشفى إلا الشخص الذي يعتبر نفسه مريضاً وفقاً لنسق العامة هذا (بصرف النظر عن حالته الصحية الفعلية من وجهة النظر الطبية المتخصصة). مع العلم بأن نسق العامة يتضمن قواعد محددة اجتماعياً للتصرف في مثل هذه الأحوال. من هذا مثلاً أن هناك بعض الآلام التي يمكن لصاحبها أن يعالج نفسه بنفسه، أو أن يتوجه إلى مطبب تقليدي من غير المتخصصين، أو أنه يجب أن يزور الطبيب، وأي نوع وأي مستوى من الأطباء. ويمكن القول لهذا السبب أن نسق العامة هذا يمارس نوعاً من

الرقابة والضبط على النسق الطبي المتخصص. والأطباء الممارسون العامون هم أكثر الناس إحساساً بذلك.

ويرى بارسونز أن دور الطبيب يتميز بأربعة خصائص هي:

1. العمومية، بمعنى أن الطبيب مستعد دائماً لخدمة كافة المرضى، على اختلاف ظروفهم (طبعاً الذين تدخل أمراضهم في نطاق تخصصه).
2. أن دور الطبيب متخصص وظيفياً، بمعنى أن الطبيب يؤدي دور الخبير فقط في ميدان الرعاية الطبية. فهو لا يقوم بدور عام أو غير محدد لتحقيق صحة المريض، كالدور الذي يقوم به الأب، أو رجل الدين أو الأخصائي الاجتماعي...إلخ.
3. يتعين على دور الطبيب أن يكون محايداً من الناحية العاطفية.
4. يختلف دور الطبيب عن دور رجل الأعمال أو التاجر مثلاً، من حيث أنه موجه أساساً لخدمة الآخرين وراحة المجموع.

وعلى أساس هذا التحديد النظري لدور الطبيب يقوم تقييمنا الفعلي لسلوك الطبيب في الواقع الاجتماعي القائم، فنستطيع أن نصف هذا السلوك أنه يتفق ودور الطبيب، أو نصفه بأنه مخالف لدور الطبيب. مع مراعاة أن الخروج على الدور أو مخالفته لا يتحتم بالضرورة أن ينطوي على سلوك غير أخلاقي، أو خروج على القيم والمثل العليا. من هذا مثلاً أن طبيب إحدى الشركات أو المصانع أو الطبيب في القوات المسلحة لا يتصف دوره بالعمومية، لأنه ليس متاحاً لكل الناس، ولكنه مع ذلك سليم تماماً من الناحية الأخلاقية وليس عليه أي غبار.

ويهتم علم الاجتماع الطبي اهتماماً خاصاً بدراسة أشكال التناقض والتضارب بين السلوك الفعلي للطبيب وأيديولوجيته الذاتية (أو تصوره عن نفسه، وعن مكانته، ومكانة مهنته في المجتمع...إلخ). من هذا مثلاً أن الالتزام بمسألة التخصص وأداء دور المتخصص فقط يعني تمكن الطبيب من الأساليب والوسائل العلاجية، بينما يمثل هذا العنصر في الأيديولوجيا الذاتية للطبيب (مثل أيديولوجية طبيب الأسرة مثلاً) مكانة أقل بكثير مما يحتلها في نظر المجتمع.

ولا يتوقع المريض من الطبيب أن يكون ملماً بالمعرفة الفنية المتخصصة المفترضة في الخبير وحسب، ولكنه يتوقع فوق ذلك أن يبدي هذا الطبيب اهتماماً بمشكلاته الفردية الخاصة. أي أنه لا يتوقع معرفة فقط ولكنه يتطلب علاوة على ذلك طريقة معينة في تطبيق هذه المعرفة.

كما يهتم علم الاجتماع الطبي أيضاً في صدد دراسته لتعريف الطبيب وتحديد مواصفاته بنوع التنشئة التي يحصل عليها هذا الطبيب، أي طريقة إعداده وتدريبه على الاضطلاع بدور الطبيب. وممارسة مهنة الطب والانتماء إلى طائفة الأطباء. وتتم هذه التنشئة وهذا الإعداد بطرق عديدة رسمية وغير رسمية. اهتم بدراستها في ميدان علم الاجتماع الطبي باحثون وجهوا عنايتهم للجوانب الاجتماعية للتعليم الطبي (مثل: ميرتون Merton، وكندال Kendall، وريدر Reader)، ومن القضايا الخاصة في هذا الميدان موضوع فروع التخصص التي يختارها الطبيب أو تفرضها عليه الظروف، والوظائف المختلفة التي يقوم بها، ودرجة تأثره بالضوابط والقيود التي يفرضها عليه العامة (أي غير الأطباء)، ويفرضها زملاؤه، والمنظمات المختلفة التي يمتد تأثيرها إلى ميدان الطب، والتي قد لا يعرفها هو معرفة شخصية أو حتى محددة. ويترتب على ذلك أن يصبح الطبيب في ممارسته المستقلة لمهنته، في عيادته أو مستشفاه الخاص، خاضعاً لتلك المؤثرات في الواقع أكثر من الطبيب الموظف الذي يعمل في مستشفى أو في مؤسسة معينة (كالصحة المدرسية أو معامل التحليل الحكومية أو غير ذلك).

ومن أهم مؤسسات الخدمة الطبية وأكثرها استخداماً عيادات الأطباء الخاصة والتي لم تنل حظها المناسب من الدراسات العلمية، بالقياس إلى المؤسسة الطبية التي تليها في الأهمية وهي المستشفى، والتي نالت- نسبياً- قسطاً وفيراً من اهتمام المشتغلين بعلم الاجتماع الطبي. ومن الملامح المميزة للمستشفى أنه يوجد إلى جانب العلاج الذي يقدمه الخبراء (كل الأطباء ومن في مستواهم) عنصر مؤثر هام هو هيئة التمريض. ويمكننا أن نميز من الوجهة التنظيمية بين عدد من مجالات الاختصاص، أو المجالات الوظيفية النوعية، داخل أي مستشفى. فهناك: هيئة الأطباء وهيئة التمريض، ثم الجهاز الإداري، ثم العاملين في مجال الخدمات، وأخيراً الموظفين الفنيين. كما يمكننا أن نميز من وجهة نظر دراسة التنظيم أيضاً داخل المستشفى بين المستوى الوظيفي داخل التنظيم،

والذي يهتم أساساً بتقديم الرعاية والعلاج والإعاشة للمرضى، ثم المستوى التنظيمي الثانوي، الذي يختص بإدارة المستشفى واستمرارها وتسيير شئون العمل فيها دون مشكلات أو اختناقات. وكثيراً ما يحدث أن يكون التنظيم الوظيفي عملياً في خدمة استمرار العمل وتسييره (من هذا مثلاً بالنسبة لأعمال الإنشاءات، وبالنسبة لوضع خطة النوبتجيات).

ومن المشكلات الأساسية في المستشفى مشكلة التدرج وتحليل خرائط التنظيم الرسمي وغير الرسمي داخل المستشفى، التي تأخذ في اعتبارها المستويات الوظيفية المختلفة من ناحية، وأوضاع المكانات المختلفة من ناحية أخرى. ومن المحتمل أن تثور داخل المستشفى صراعات بسبب تعدد الرئاسات، أي خضوع الشخص الواحد لأكثر من رئاسة في وقت واحد. فالممرضات على سبيل المثال قد يتلقين تعليمات من الأطباء، ومن إدارة المستشفى، وكذلك من رئيسة الممرضات. وبجانب ذلك كله ينبغي أن يكن دائماً في خدمة المريض.

كذلك اتضح من الدراسات العديدة التي أجريت عن المستشفى أن فكرة أن المريض هو أهم شخص داخل المستشفى ليست سوى أيديولوجيا (تصوراً فكرياً خالصاً وليس حقيقة واقعة). فمن المتوقع من المريض داخل المستشفى أن يمر بعملية تنشئة اجتماعية، بحيث يستطيع بفضلها أن يتكيف مع دور المريض، كما يتعلم من خلالها الانصياع لقواعد ونظم المستشفى الرسمية وغير الرسمية على السواء. ويلاحظ هنا أن مطالبة المريض بأن تكون لديه الرغبة في الشفاء، يمكن أن تؤدي إلى وقوع بعض الصراعات بسبب تعارضها مع بعض النظم المرعية داخل المستشفى.

ويمكن القول بأن الدراسة السوسيولوجية للمستشفى التي تهتم بدراسة المرضى، والعاملين، والتنظيم، والوظائف المختلفة، من أكثر ميادين علم الاجتماع الطبي نشاطاً وأغزرها في عدد الدراسات. وأكثر أنواع المستشفيات التي درست وكانت محلاً لاهتمام دراسات الاجتماع الطبي هي مستشفيات الصحة العقلية. وقد استطاعت هذه الدراسات- على سبيل المثال- أن تلقي ضوءاً قوياً على أثر التوترات الموجودة داخل التنظيم- وبين العاملين- على مدى نجاح العلاج المقدم للمريض.

وتعد العيادات الخاصة للأطباء- وكذلك المستشفيات- من المؤسسات الأساسية (أو الأولية) العاملة في مجال تقديم الخدمة الطبية. ويوجد إلى جانبها مؤسسات ثانوية عاملة في نفس الميدان مثل: مؤسسات التأمين الصحي، والنقابات المهنية للأطباء وغيرهم من العاملين في المجال الطبي، ومؤسسات صناعة الدواء، والمؤسسات العامة والخاصة التي تساهم في تقديم الرعاية الصحية للمواطنين. وهي جميعاً في نفس الوقت الذي تعد فيه موضوعاً لدراسات علم الاجتماع الطبي تعد أيضاً موضوعاً لدراسات التنظيم والبيروقراطية ودراسة العلاقة بين التنظيمات (حينما تنصب الدراسة على العلاقات بين تنظيمات مختلفة تؤدي نفس الوظيفة).

كذلك يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة المكانة الاجتماعية للمهن الطبية وغير الطبية (أي التي يمارس أصحابها العلاج دون أن يكونوا أطباء Para-doctors)، وإعدادهم، والوظائف التي يؤدونها، والأدوار الخاصة التي يضطلعون بها.

وهناك ميدان هام آخر هو الدراسة السوسيولوجية المعرفية للطب، وتحليل مؤسسات التعليم والبحث الطبي بفروعها وأجهزتها المختلفة. ومما يؤسف له أن البحوث الإمبيريقية والنظرية حول هذا الموضوع مازالت قليلة متفرقة.

كما يدخل في نطاق اهتمام علم الاجتماع الطبي دراسة المشكلات الاجتماعية لبعض المؤسسات الطبية الخاصة، كالعلاج العام (أو الجموع)، والعلاج النفسي، والتوعية في الأمور الصحية، ومؤسسات الوقاية الصحية والمحافظة على الصحة العامة.

وإلى جانب الدراسة الاجتماعية النفسية لعلاقة الطبيب بالمريض، تندرج تحت هذا الميدان أيضاً دراسة الدوافع، والمواقف الفكرية، والأحكام المسبقة، والعادات الموجودة عند الأطباء والعاملين شبه الأطباء Para-doctors وكذلك الموجودة لدى المرضى، ولدى الجمهور، طالما كانت تلك العناصر تتصل بأمور الصحة والمرض بأي شكل من الأشكال.

ويمثل موضوع التغيرات الاجتماعية الثقافية للصحة والمرض أهم موضوعات الدراسات في ميدان استخدام علم الاجتماع في الميدان الطبي Sociology in

Medicine. ويطلق اسم الانتشار الاجتماعي للمرض Epidemiology على الطريقة التي يستعان بها لدراسة توزيع المرضى تبعاً للمتغيرات الاجتماعية الثقافية. وأهم الأمراض التي اهتمت بحوث الاجتماع الطبي بدراسة توزيعها وفق المتغيرات الاجتماعية هي: تصلب الشرايين، انسداد الأوعية الدموية في القلب، ارتفاع ضغط الدم، قرحة المعدة وقرحة الاثني عشر، مرض السكر، السمنة، العصاب والاضطرابات الوظيفية، والأمراض العقلية، والسل الرئوي، والسرطان. وقد تمكنت الدراسات من إثبات علاقة بين جميع تلك الأمراض وبعض العوامل الاجتماعية، يمكن اعتبارها مصاحبة للإصابة بها. وليس من الصواب اعتبار تلك العوامل والظروف الاجتماعية مسئولة عن إصابة الشخص بهذا المرض أو ذاك.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تعريفات "السوي" "والشاذ"، وكذلك تعريفات "المريض" "والسليم" تلعب في مثل هذه الدراسات دوراً على جانب كبير من الأهمية، لأنها تتوقف جميعاً على بعض المعايير الثقافية التي تحددها، كما أنها تلعب دوراً هاماً في التأثير على كثافة الإصابة بهذا المرض أو ذاك.

كما أن هناك عناصر أخرى مؤثرة تتمثل على سبيل المثال في بعض عمليات الفرز ذات الطبيعة الاجتماعية أو النفسية الاجتماعية والتي تجعل من شخص معيناً مريضاً طالباً للعلاج أم لا، أي تدفعه أو لا تدفعه إلى اللجوء إلى إحدى المؤسسات الطبية التماساً للعلاج. ويندرج هذا الموضوع تحت ميدان أوسع قليلاً اسمه الدراسة السوسيولوجية للمرض، التي تأخذ في اعتبارها بعض الظروف العلمية والاقتصادية الفعالة في المجتمع.

ولا يمكن القول أن البحث العلمي في الاجتماع الطبي استطاع أن يتوصل إلى معرفة إلى أي مدى يمكن اعتبار الظروف الاجتماعية الثقافية أسباباً أصلية أو أسباباً مساعدة للإصابة ببعض الأمراض. وقد توفرت على سبيل المثال معلومات عن العوامل الاجتماعية الثقافية التي تؤدي إلى الإصابة بالسمنة (وهي بدورها مرتبطة بطائفة أخرى من الأمراض كأمراض القلب والأوعية الدموية والسكر وغيرها)، والتي تتصل بالعادات الغذائية وعادات الطعام وبالتصورات الثقافية لقيمة الرشاقة

والسمنة وتعريف كل منهما، والقيمة الجمالية لكل منها...إلخ. ويتعين على المشتغل بهذا النوع من الدراسات أن يلتزم جانب الحذر، ويتجنب الوقوع في الأحكام المتسرعة، أو يتأثر بالكتابات الثقافية العامة، من قبيل: أمراض الحضارة، وأمراض المديرين، وما إلى ذلك من تعبيرات تنم عن تصورات معينة، أكثرها شعبي وعامي، لطبيعة الصحة والمرض.

وقد أثبتت دراسات الاجتماع الطبي أهمية الاستفادة من مفهوم التغير الاجتماعي، والدراسات الوفيرة عن التغير الاجتماعي في حقل علم الاجتماع العام. وقد أمكن في النهاية الاستعانة ببعض المفاهيم السوسيولوجية العامة في تشخيص المرض كمشكلة اجتماعية ثقافية من داخل نظريات معينة. وذلك مثلاً الاستعانة بنظرية الأنومي (أو حالة فقدان المعايير)، ونظرية الإحساس بالأمان، ومفهوم العزلة الاجتماعية، والتناقض بين مستوى الطموح والإمكانيات الواقعية المتاحة فعلاً. غير أن أغلب تلك النظريات لا يكفي مع ذلك لتفسير العلاقة بين بعض الأمراض وبعض العناصر أو الظروف الاجتماعية الثقافية. وأخيراً يدخل ضمن دائرة اهتمام هذا العلم أيضاً تأثير المرض على الوضع الاجتماعي للفرد أو على بيئته الاجتماعية[1].

(1) انظر المقال التالي:

M. Pflan 2, Medizinische Soziologie in Bernsdorf, ed., Wörterbuch der Soziologie, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1979, PP. 683-687.

الفصل الثاني
الاتجاهات الحديثة في
دراسة التنظيمات الطبية(*)

مقدمة

تشغل دراسات التنظيمات الطبية مكاناً بارزاً في دراسات التنظيم، هذه المكانة جاءت من كثرة المحاور البحثية التي تناولتها بالبحث، فمنها ما يتصل بعلم اجتماع التنظيم، وعلم الاجتماع الطبي، وعلوم الطب والصحة العامة وغيرها، وهذا ما جعل أمام الباحث قدر كبير من الدراسات التي قد يصعب تصنيف الاتجاهات الحديثة فيها- إذا لم تأخذ بانتمائها لعلم ما- لذلك كان على الباحث استبعاد ما لا يدخل تحت موضوعات واهتمامات علم الاجتماع الطبي، وأيضاً عدم إهمال دراسات أخرى في غير هذا العلم تعالج موضوع التنظيمات الطبية بشكل بحثي يفيد أو يقترب من هذا العلم، لتأتي مشكلة تصنيف هذه الاتجاهات الحديثة، وهي مشكلة ذات شقين أولهما ما يختص بتحديد الحديث من الكلاسيكي، وثانيهما ما يختص بالانتماء النظري لهذه الاتجاهات.

فيما يخص الشق الأول فالباحث لم يجد تصنيفاً يساعده على تحديد الحديث من الكلاسيكي، سوى تصنيفات قليلة منها تصنيف وليم هاسان W. Hassan للمستشفى، وهو يقوم على البعد الإكلينيكي أو العلاجي، وبعد الملكية والسيطرة، وتصنيف وليم روسنجرن – W . Rosengren للمستشفى تبعاً لخاصية الحجم، والملكية، والتخصص. وهذا لا يكفي للتميز بين الدراسات الكلاسيكية والحديثة للتنظيمات الطبية، ولا يساعد الباحث على تصنيف الأشكال التنظيمية الأخرى غير

(*) كتب هذا الفصل الأستاذ الدكتور عاطف محمد شحاته عبد العزيز، أستاذ علم الاجتماع بكلية الآداب، جامعة الزقازيق.

المستشفى، لهذا اهتدى الباحث في تصنيفه بما قام به "وليم هاسان" و "وليم روسنجرن"، إضافة لتاريخ نشر الدراسات التي تدرس هذه التصنيفات، والعلم الذي تنتمي له. فتبعاً للتاريخ نحدد الدراسات الأساسية، وإرهاصات الدراسات الحديثة، والدراسات الحديثة، وفي كل منها نحدد اتجاه كل مجموعة وكيف درست التنظيم الطبي، وتبعاً للعلم نحدد ما يخص دراستنا لعلم الاجتماع الطبي سواء وضع تحت مسمياته العلمية المختلفة، أو تحت مسمى علم آخر. وتبعاً لتصنيف "هاسان و روسنجرن" نفرق بين تنظيم المستشفى وغيره من التنظيمات الطبية الأخرى.

أما فيما يخص الانتماء النظري لهذه الاتجاهات الحديثة، لم يجد الباحث في الدراسات التي قام بتحليلها ما يشير للانتماء النظري لها، ولم يجد الباحث مؤلفات اهتمت بتوضيح انتماءات عامة للدراسات الخاصة بالتنظيمات الطبية. لذا فليس هناك سوى الرجوع لتصنيفات علم اجتماع التنظيم لهذه الاتجاهات الحديثة، خاصة دراسات علم الاجتماع الطبي- الذي تنتمي له دراستنا الحالية - ودراسات بينية تأخذ من علم الاجتماع أدواته ومناهجه ونظرياته، وتأخذ من علوم الطب موضوعاته وظواهره، ومن ثم أصبح لدينا الاتجاه البنائي الوظيفي، واتجاه النسق الفني، والاتجاه النفسي الاجتماعي. وتبعاً للمحددات النظرية لكل اتجاه قام الباحث بتحديد الانتماء النظري لأي من الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية. فمثلاً الدراسات التي اهتمت بالفعالية التنظيمية للتنظيمات الطبية أو بالإنجاز فيها، أو بنظام تقسيم العمل، أو بالمعوقات التي تعوق أداءها لوظيفتها، وضعها الباحث تحت الانتماء العلمي للاتجاه البنائي الوظيفي، والدراسات التي اهتمت بالتغير التكنولوجي الطبي، أو اهتمت بالهيئات الفنية الطبية العاملة داخل هذا التنظيم، وضعها الباحث تحت الانتماء العلمي لاتجاه النسق الفني، والدراسات التي اهتمت بصنع القرار داخل التنظيم الطبي، أو بالعلاقات الإنسانية بين أفراد الهيئة الطبية أو الهيئات المعاونة لها والمرضى، أو اهتمت بالعلاقات الإنسانية بين أفراد الهيئة الطبية أو الهيئات المعاونة لها والمرضى، أو اهتمت بالعلاقات بين التنظيم الطبي وأفراد المجتمع المحلى(خاصة موضوع المشاركة الشعبية الصحية) وما شابها، وضعها الباحث تحت الانتماء العلمي للاتجاه النفسي الاجتماعي.

بالرغم مما سبق وجدنا دراسات تشترك في اتجاهين نظريين أو أكثر مما ذكرناه، كالدراسات المهتمة بالتغيرات التكنولوجية في التنظيمات الطبية ومدى تأثيرها على صناعة القرار الطبي والعلاقات بين أفراد الهيئة والمرضى، ووجدنا دراسات أخرى يتضح فيها الانتماء العلمي لعلم الاجتماع الطبي أو الأنثروبولوجيا الطبية، لكنها لا تندرج بشكل واضح تحت أي من هذه الاتجاهات كالدراسات حول الثقافة الصحية. ووجدنا دراسات لا تدخل تحت علم الاجتماع الطبي، يمكن أن نصنفها تحت هذه الاتجاهات النظرية الثلاثة السابقة، كدراسات الاتجاه الإداري في التنظيمات الطبية، ودراسات التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة، وأي منهما لا نستطيع إهماله لتناوله أبعاداً اجتماعية وطبية تكمل رؤية الباحث لهذه الاتجاهات الحديثة، ولهذا اعتبر الباحث أيا منها اتجاهاً قائماً بذاته، مع توضيح دلالات انتمائه الأساسي لأي من الاتجاهات الثلاثة الأصلية التي حدد الباحث نظرته للتنظيمات الطبية خلالها، كخروج الاتجاه الثقافي، واتجاه دراسة التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة من الاتجاهين البنائي الوظيفي والنسق الفني على الترتيب.

وبناء عليه فدراستنا تنقسم إلى أربعة أقسام:

القسم الأول: الاتجاهات الكلاسيكية في دراسة التنظيمات الطبية: إسهامات علم اجتماع التنظيم.

القسم الثاني: إرهاصات الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية: إسهامات علم الاجتماع الطبي.

القسم الثالث: الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية وهى:

- الاتجاه الوظيفي في دراسة التنظيمات الطبية.
- اتجاه النسق الفني في دراسة التنظيمات الطبية.
- الاتجاه النفسي الاجتماعي في دراسة التنظيمات الطبية
- الاتجاه الثقافي في دراسة التنظيمات الطبية.
- الاتجاه الإداري في دراسة التنظيمات الطبية.
- اتجاه دراسة التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة.

القسم الرابع: رؤية نقدية للاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية.

القسم الأول : الاتجاهات الكلاسيكية في دراسة التنظيمات الطبية إسهامات علم اجتماع التنظيم

بدأت محاولات دراسة التنظيمات الطبية مع زيادة دراسات علم اجتماع التنظيم[1]، ومحاولته تنميط التنظيمات الاجتماعية ووضع أطر نظرية للدراسات التنظيمية، منها ما قام به "دافيد سيلفرمان" عندما أشار لمحاولات تقوم على اختيار متغير من المتغيرات باعتباره صفة مميزة للتنظيم (تكنولوجيا، بناء سلطة، وظيفة محددة)، ومحاولات أخرى تركز على جانب واحد من العلاقات الاجتماعية داخل التنظيم أو خارجه وتستخدم ذلك في تفسير الملامح الأخرى للتنظيم، ومحاولات أخرى تستخدم علاقة التنظيم ككل ببيئته، ويفسر بذلك المشاكل التي تحدث داخل التنظيم[2]. ومنها ما أشار له "موزيليس" عندما قال أن التنظيم كنسق اجتماعي يتضمن مجموعة من المكونات كالأفراد والجماعات والإدارات الرسمية واللوائح والتعليمات والسلطات، أيضا يتضمن مجموعة من الجماعات غير الرسمية. لهذا فدراسته لا تتم بالاعتماد على دراسة الجماعات المكونة له فقط، بل تدرس مستوى الجماعة الرسمية، إلى مستوى التنظيم، إلى مستوى المجتمع. ومنها ما أشارت له نظرية اتخاذ القرارات والمظهر العقلي للسلوك، ونظرية النسق الاجتماعي، ونظريات البيروقراطية لـ "ماكس فيبر" و"روبرت ميشيلز"، ونظريات التكوين الإداري وغيرها [3].

هذه المحاولات كانت الإطار الفكري الذي انطلقت منه الرؤى الأولى لدراسات التنظيمات الطبية، والتي ظلت ملتصقة بعلم اجتماع التنظيم (خاصة في المناهج والأدوات) للدرجة التي كانت – أحيانا – تصنف ضمنها علمياً. وتعتبر "المستشفى" التنظيم الطبي الذي اشتركت فيه غالبية الدراسات الأولى، تبحث فيه عن الصفات المميزة لها، كالمحاولة التي قام بها "ألمونت لندساي 1962" Almont Lindsey عندما تحدث عن تنظيم وإدارة خدمات المستشفى، ودور السلطات الصحية المحلية، وأطباء العائلة وأدوارهم المهنية الجديدة، والضرورة الطارئة للسياسة الصحية وغيرها [4]. أيضا المحاولة التي قام بها "هاورد إي. فريمان وآخرون 1963" Howard E. Freeman &

Others عندما قاموا بتحليل تنظيمات العمل الطبي، خاصة فيما يتعلق بالتماسك في السلطة المهنية، وتجزىء المسئولية الطبية، ونمو مشكلات التعاون بين الهيئات الطبية والإدارية في المستشفى، والعمل البيروقراطي فيها، وشكل العمل الذي يشبع حاجات المرضى فيها ويشبع حاجات الأطباء الوظيفية .. وغيرها[5]. ومحاولة ريتشارد م. ماجرو و دينال ب. ماجرو 1966 Richard M. Magraw & Daniel B. Magraw في تحليل المستشفى ودورها في الطب والعلاقة بين الأطباء والمرضى والمستشفى، والتخصصات الطبية المختلفة ودورها في التعاون الطبي، ودور الطبيب ودور المريض، والمهن الطبية وتدعيم الأعمال الفنية المطلوبة للمستشفى وغيرها [6]. وأخيرا نقدم رؤية آن كارتريت 1967 Ann Cartwright للعلاقة بين الأطباء والمرضى، رؤية المرضى للمستشفى ووسائل الاتصال بين الأطباء والمرضى، وبنية الخدمة الصحية المجانية والخاصة [7].

والملاحظ في الدراسات السابقة – فيما عدا دراسة هاورد إى. فريمان وآخرين – وقوفها بين علم اجتماع التنظيم وعلم الاجتماع الطبي، فهي تستخدم مناهج وأدوات الأولى، وتعالج موضوعات تخص الثانية، إضافة لعدم وضع تحليلاتهم تحت عنوان للتنظيمات الطبية، هذا الموقف هو ما دعى الباحثين الجدد في الدراسات التنظيمية لإتباع مناهج وأدوات علم الاجتماع الطبي، والابتعاد منهجياً عن أدوات ومناهج علم اجتماع التنظيم. وأهم ما فعلوه هو وضع تحليلاتهم تحت عناوين للتنظيمات الطبية، وكذلك استخدام مناهج وأدوات تبعدهم عن هذا الخلط بين ما يحللوه وما تحلله دراسات علم اجتماع التنظيم.

وتأكيدا لما أوردناه في الملاحظة السابقة نقدم مثالين أولهما طرحه روندي م. كو 1970 Rodney M.Coe في كتابه الدراسة الاجتماعية للطب Sociology of Medicine عن المستشفى الحديث، حيث يرى البناء الاجتماعي لأي مؤسسة صحية يتغير على الدوام، لأن أعضاءه وصانعي قراراته يحاولون دائماً أن يكيفوا أهدافهم وأنشطتهم تبعا للحالات المتغيرة التي ترد إليهم، لهذا فالسلوك التنظيمي داخل هذه التنظيمات يبدأ داخل إطار من الدلالات الموروثة من الماضي كالتعاون بين البشر. ومن ثم فالتنظيمات في عمومها تسعى لتنظيم الأنشطة التعاونية لجماعة ما حتى تصبح

جهودهم منسقة بفاعلية للوصول إلى غرض مشترك. وتختلف التنظيمات في درجة ثبات هذه الأبنية الاجتماعية، واحتياجات الأفراد لها، بل وأنشطتها التي توجهها للأفراد في المجتمع. وعموماً هناك تركيبات اجتماعية داخل هذه التنظيمات تكيفها مع الاحتياجات المتغيرة[8].

والمثال الثاني مارجريت إى. هاردي وماري إي. كونواي 1978 Margart E. Hardy & Mary E. Conway في كتابهما نظرية الدور: توقعات للمهن الطبية. وفيه حددت المؤلفتان رؤيتهما للتنظيمات الطبية باعتبارها كيان اجتماعي قد تم تصميمه للأغراض الإنسانية، ولأن هذه التنظيمات تختلف في أهدافها وكيفية اتخاذها لقراراتها ولأسس السلطة فيها، لابد لنا من فهم جوانب من الحياة التنظيمية لها ولدور العاملين فيها حتى نستطيع تحليل ما يتم داخلها. ومن ذلك انطلقت المؤلفتان لدراسة الاستقلالية التي تميز التنظيمات الطبية، والتي رأتاها في نمط الرعاية الصحية التي تقدمها. فهذه الاستقلالية – في رأيهما – لا تأتي من اختلافهما مع التنظيمات الأخرى في اتخاذ القرار، أو تقسيم العمل أو الحفاظ على السلطة والنظام، لكنها تأتي من أولئك العاملين فيها، فهم يشغلون مكانات إضافية لا يشغلها أمثالهم في التنظيمات الأخرى. فأصحاب المهن الطبية بعيدون عن مصادر التحكم والضبط الخارجي عليهم، وهم في نفس الوقت متحكمون في غيرهم. وهذا لا يأتي ضمن الهيراركية الوظيفية داخل هذه التنظيمات، لكنه يأتي من سيادتها فوق مهن أخرى عندما نقارنها باحتياجات الإنسان لها، وعموماً تتضح هذه الاستقلالية عند كتابتهم للروشتات الطبية التي لا يعرفها إلا الأطباء. لهذا يضع أفراد هذه المهن حدوداً لتوصيل ما يعرفونه لمرضاهم (سواء معلومات بالتشخيص أو العلاج)، وقد انتقلت هذه الطريقة لغيرهم من أصحاب المهن الطبية المعاونة كالمرضات. هذا الأمر وإن كان يحمي المرضى بيولوجيا أو نفسياً أو اجتماعياً، فإنه قد يخلق مناطق صراعية بين المرضى وأفراد الهيئتين (الطبية والطبية المعاونة)، تتضح جلية فيما يحدث مع اللوائح والقواعد البيروقراطية للتنظيم الطبي [9].

ونعتقد أن دراستي رودني م. كو و مارجريت أي. هادي وزميلتها يمكن اعتبارهما من الدراسات المهمة التي حاولت الجمع بين مناهج وأدوات ونظريات علم

اجتماع التنظيم، ومنظورات العلوم الطبية للرعاية الصحية التي تقدمها تنظيماتها الطبية المختلفة - خاصة محاولة مارجريت أي. هادي - حيث قدمتا تعريفات للتنظيمات عموماً، ولكيفية النظر لكفاءتها وفعاليتها ولتقسيم العمل فيها، ولأشكال التحكم في سلوكيات أفرادها، وأشكال السلطة فيها، هذا كله في ضوء نظرية الدور التي حددا منطلقهما النظري منها. بعدها نظرت المؤلفتان للرعاية الصحية التي تقدمها التنظيمات الطبية وحللا ما فيها من كفاءة وفاعلية ونظام التقسيم للعمل، وأشكال للسلطة وغيرها مما أورداه بصدد التنظيمات ورؤية نظرية الدور لها. ونعتقد أنه رغم استخدام المؤلفتان لمتغيرات عديدة تضع دراستهما ضمن اهتمامات الاجتماع الطبي (كالاستقلالية الطبية، السيطرة على المعلومات الطبية، سيادة المهن الطبية، وغيرها)، إلا أن كلا منها صار محوراً مستقلاً لدراسات مستقلة في هذا العلم ومن دراسات التنظيمات الطبية.

القسم الثاني: إرهاصات الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية: إسهامات علم الاجتماع الطبي

اهتمت دراسات علم الاجتماع الطبي بالتنظيمات الطبية واعتبرتها إحدى موضوعاتها البحثية المهمة. وأهمها دراسة دافيد تاكيت David Tukett 1976 في كتابه "مقدمة لعلم الاجتماع الطبي"، ودراسة جون أ.دنتون John A. Denton 1978 في كتابه "الاجتماع الطبي"، ودراسة أي جارتلي جاكو E. Garrtly Jaco 1979 في كتابه "المرضى، الأطباء، المرض: مرجع في العلوم السلوكية والصحة" فهي من الدراسات الاجتماعية الطبية الأساسية حول التنظيمات الطبية، والتي أخذت عنها الاتجاهات الحديثة بعض موضوعاتها أو مناهجها أو أدواتها البحثية. وسنقدم عرضا لها لنعرف ماذا أخذت عنها هذه الاتجاهات؟ وماذا استحدثته فيها؟

أ. دافيد تاكيت وتنظيمات الرعاية الصحية

في كتابه "مقدمة لعلم الاجتماع الطبي" جمع "دافيد تاكيت" العديد من الموضوعات الاجتماعية الطبية، منها العائلة والزواج وعلاقتهما بالمرض، والعمل وفرص الحياة ونماذج الحياة، متى تصبح مريضا؟، تنظيمات المستشفيات، وتنظيمات الرعاية الصحية. ونلاحظ عدم تحديد "تاكيت" لها كتنظيمات طبية رغم أن موضوعاته وتحليلاته

تلك وضعت فيما بعد تحت عنوان خاص بالتنظيمات الطبية. ويبدو أن رغبته في جمع موضوعات عديدة في مقدمته لعلم الاجتماع الطبي هي ما وسعت نظرته لها، وجعلته يعرض تنظيمات الرعاية الصحية بنظرة نقدية لإعادة تنظيم الخدمات الصحية الشعبية، وجعلته يحلل تنظيمات المستشفيات من خلال بنائها وعلاقتها بالتغير التكنولوجي، والتنظيم الفعلي للسلطة، والذي يرتبط به صناعة القرار في المستشفى، ونظام تقسيم العمل في المستشفى.

أما عن "بناء المستشفى وعلاقته بالتغير التكنولوجي" فيرى "تاكيت" أن أقصى استفادة من التكنولوجيا المتقدمة يعتمد على بناء تنظيم ملائم لها، والتنظيم - في رأيه- يعني الاستفادة القصوى من الأدوات البشرية وغير البشرية في تغير حالة الأفراد صحيا، ويعرف التكنولوجيا بأنها كمية الاستراتيجيات العلاجية التي يمكن أن تقدم من خلال هيئة طبية مدربة على ذلك. والبناء هو الطريقة التي من خلالها تتفتت المهمات التي يجب أن يقوم بها الموظفون الطبيون. ويتساءل "تاكيت" لماذا تمتد المهمات العلاجية للمستشفى خارجها؟ ويجيب أنه مع التغير في العديد من الأمراض المعدية، وظهور أنواع أخرى من الأمراض، أصبحت التكنولوجيا خارج المستشفى ضرورية، إضافة لذلك فامتداد النمو المعرفي (الوقائي والتثقيفي الصحي) يساعد على ذلك.

ويلاحظ "تاكيت" أن التجديد التكنولوجي يصاحبه وجود تخصصات جديدة، يصاحبها تغير في أنماط المسئولية تجاه المرضى، فمن سيتحمل السلطة النهائية لهذه الرعاية؟ الإجابة على ذلك مهمة في تشكيل العلاقة بين الطبيب والمريض، والتنسيق بين التخصصات الإدارية، ومراعاة البعد البيروقراطي في السلطة، وكيفية اتخاذ القرار فيها. وعموما يشير المؤلف إلى أن هناك سبباً رئيسياً لتعقد تلك العلاقات والتخصصات والقرارات، ألا وهو الخط المزدوج للسلطة في المستشفى، وهذا ما قد يتعارض مع الإدارة وبيروقراطية التنظيم، وطبيعة القرارات الإدارية، وأنماط الهيئات التي تقع بين نمطي السلطة كالممرضات[10].

ويشير "تاكيت" في معرض تحليله للتنظيم داخل المستشفى إلى أن سلوك اتخاذ القرار هو التحديد الحقيقي للنفوذ والسلطة، كما أن السياسات والأهداف التي ترغب

في تحقيقها هذه التنظيمات تختلف هي الأخرى من تنظيم لآخر. وعموماً اختلاف المستويات التي تتخذ فيها القرار قد يؤدي لضياع هذا القرار أمام الصراعات والتنافسات حوله[11]. ويؤكد "تاكيت" على أهمية تدريب أفراد الهيئة الطبية، خاصة مع تغير المواقف العلاجية التي يتعرضون لها، واختلاف أنماط الأمراض، وأهمية استجابة أفراد هيئة التمريض للمرضى الذي يعالجون لفترات طويلة، ويراها في نمطين أولهما اللامبالاة والاغتراب، وهذا ما يحدث عندما يفقدون القدرة على مساعدة مرضاهم، والثاني الانسحابية وهذا ما يجعلهن يؤدون دورهن كما لو كن مجبرين عليه (بشكل أوتوماتيكي)، وهذا نفسه ما يحدث لأفراد الهيئة الطبية، وكلاهما قد يعوق تقديم الرعاية الطبية [12].

ب. جون أ. دنتون والمتطلبات الصحية للمجتمعات المحلية

قدم "جون دنتون" دراسة جيدة عن "تنظيم المستشفى" في كتابه "علم الاجتماع الطبي"، ونعتقد في تقاربها مع دراسة "دافيد تاكيت" في كثير من التحليلات. فقد ناقش "دنتون" أهداف المستشفى وبناءها، وعلاقة حجمها بحجم الرعاية الصحية التي تقدمها، وبناء السلطة فيها. وتعرض في أماكن أخرى من مؤلفه لأفراد هيئة التمريض، ولبعض ديناميات التنظيمات الطبية، والعوامل المؤثرة على تقديم الرعاية الطبية عن طريقهم. ويناقش أيضا التكنولوجيا والبيروقراطية ونظام تقسيم العمل في المستشفى، ويشير لأهمية النظر للبيئة الخارجية المحيطة بالمستشفى، خاصة في جانبها الثقافي الصحي والسكاني والاقتصادي والطبقي، وكيف تستطيع الاستجابة للمتطلبات المجتمعية ولتأثيرات المجتمع المحلي على أدائها لدورها الصحي. وأخيراً يشير "دنتون" لبناء المستشفى وهيراركية السلطة فيها، خاصة النموذج المزدوج وتأثيراته على شكل الرعاية الطبية المقدمة [13].

ونعتقد أن كلا المؤلفين (تاكيت ودنتون) قد اتخذا نفس المسار التحليلي للتنظيمات الصحية، واختيارهما للمستشفى – كمثال – كان لأسباب تتعلق بكتاباتهم العلمية الأولى تحت مسمى "علم الاجتماع الطبي" أو لرغبتهم في تحديد موضوعاته، لذلك لم يهتموا بتصنيف ما كتبوه عن المستشفى تحت عنوان "التنظيمات الطبية". ربما الفارق الوحيد بين

الدراسيتن أن 'تاكيت' كتب عن المستشفيات الانجليزية، وكتب 'دنتون' عن المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية.

ج. أي جارتلي جاكو وسوسيولوجيا الوظائف الصحية داخل التنظيمات الطبية

في كتابه 'المرضى، الأطباء، المرض: مرجع في العلوم السلوكية والصحة' يعرض 'جارتلي في المقدمة تعريفا لعلم الاجتماع الطبي، ونموه وتطوره في السنوات المعاصرة، وضرورة الاهتمام بمناطقه البحثية وهي توزيع المرض وإيكولوجيته، والاستجابات الثقافية والاجتماعية للمرض، والجوانب الاجتماعية والثقافية للرعاية الطبية، ومعدل الوفيات، وعلم الوبائيات الاجتماعي، والتنظيمات والعمل الطبي، وسوسيولوجيا الوظائف الصحية، وسوسيولوجيا المستشفى، وتنظيمات الصحة المجتمعية، والتغير الاجتماعي والرعاية الصحية، والتعليم الطبي، والصحة العامة، والضغط الاجتماعي والمرض، وعلم النفس الاجتماعي والمجتمعي، والسياسة الصحية. وقد أفرد 'جارتلي' لهذا الفرع جزأين من ثلاثة، الأول ناقش فيه الإطار العام لرؤية هذا العلم، والجزء الثاني ناقش فيه المشكلات المنهجية التي تعترض بحوثه وبعض المداخل البحثية في ذلك (14).

أما التنظيمات الطبية فقد ناقشها 'جارتلي' من خلال أهداف النظام الطبي عموماً، والخلفيات التاريخية له وشكل التنظيمات الطبية الحديثة، والمستشفى، والمشكلات التي يعاني منها الأفراد العاملون فيها، وكيفية الدراسة الاجتماعية للمستشفى، وتنظيمات العلاقات بين المرضى والأطباء، والتعاون بين الخدمات الطبية والاجتماعية، وتوزيع الأطباء على التنظيمات الطبية، ونماذج الاستفادة من الخدمات الطبية، وغيرها من الموضوعات. ونلاحظ أن تحليل 'جارتلي' للتنظيمات الطبية قد اكتسب نفس سمة العمومية التي بدأها مع تقديمه لعلم الاجتماع الطبي، ومحاولته الجمع بين أكثر من محور من محاوره البحثية.

فيما يتعلق بتحليلات 'جارتلي' للمستشفى، فيرى أن هناك ثلاثة محاور تنظيمية لها، الأول: أن المستشفيات يجب أن توزع وتنظم وتتعاون تبعا لأسس جغرافية حتى نتأكد من سهولة وصول الخدمات الطبية للمحتاجين إليها. الثاني: أن المستشفيات يجب أن تنظم بحيث نتأكد من وصول خدمات كافية لنوعيات مختلفة من المرضى

المحتاجين إليها. والثالث: القرارات يجب أن تتخذ تبعا لتنظيم وإدارة وإشراف وتعاون أفراد الهيئات التي تمثل كافة المهن فيها، كل بإيديولوجيته ودوره في العمل. ويشير "جارتلى" إلى أن مشكلات الأفراد العاملين في المستشفى تأتى من عدم كفاية الإعداد اللازم للقيام بالأدوار المطلوبة منهم. هنا تأتي أهمية الاعتناء بالمدارس الطبية، وأهمية مراجعة سياسات الاستعانة بأطباء تعلموا خارج المجتمع تحت الدافع الاقتصادي لارتفاع تكلفة إعدادهم في مجتمعاتهم. أما عن كيفية دراسة المستشفى اجتماعيا، فيرى "جارتلى" أنه يمكن دراستها عبر التغير التكنولوجي، وتغير الأدوار الاجتماعية فيها، ونظام التدرج الاجتماعي، والعلاقة بين الأهداف والتكنولوجيا والتخصص والسلطة واتخاذ القرار، والنموذج البيروقراطي المميز لها، وهيراركية العمل.

وأخيراً يشير "جارتلى" لأهمية دراسة أنماط العلاقات بين الأطباء والمرضى، سواء التي تتم داخل المستشفى أو خارجها، وأهمية التعاون بين مقدمي الخدمات الطبية والاجتماعية، وكيفية الاستفادة من الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفى. فمعرفتنا بذلك تساعدنا على مواجهة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها هذه التنظيمات الطبية عند تقديمها لهذه الرعاية، وتساعدنا على مواجهة اختلاف الخلفيات الإيديولوجية وراء تقديمها في المجتمعات المختلفة، وفي المناطق المختلفة في المجتمع الواحد. وهذا ما حاول "جارتلى" توضيحه في مقارنته للتنظيمات الطبية في الولايات المتحدة، والسويد، والمملكة المتحدة(15).

أما عن المحاولات الحديثة لباحثي علم الاجتماع الطبي الجدد في الدراسات التنظيمية، فقد بدأت بتعريف التنظيمات الطبية عموما، والمستشفى خصوصاً. وقدمت تحليلات أخرى تهتم بتصنيف المستشفيات، وكلاهما دعمت الاتجاهات الحديثة لعلم الاجتماع الطبي حول هذه التنظيمات وبحثها عن اتجاهات جديدة لدراستها. عند التعريف تنظر غالبية هذه الدراسات للتنظيمات الطبية باعتبارها بناءات اجتماعية تكونت أو أعيد تكوينها، تعتمد على مبدأ التخصص وتقسيم العمل وأهمية الخبرة العلمية والتكنولوجيا، وبترتيب معين للسلطة وبغيرها من السمات التي تعاونها على تقديم خبرة طبية وصحية وتعليمية مستمرة للأفراد. فمن خلال نشاطها الطبي المتميز تعبئ المهارات والجهود لعدد من الجماعات المهنية المحترفة وشبه المحترفة وغير المهنية

المحترفة، حتى تصبح هذه الخدمة ذات كفاءة عالية للمرضى والأصحاء داخل هذه التنظيمات وخارجها في المجتمع للحفاظ على صحة الصحيح ولعلاج المريض منهم (16). أما عن تصنيف المستشفيات، فهناك محاولة جديدة لـ 'وليام هاسان 1986' يصنف فيها المستشفيات تبعاً لبعدي الملكية والسيطرة، والبعد الإكلينيكي أو العلاجي، ومحاولة 'وليم روسنجرن' 1980 في تصنيفه لها تبعا لخواص الحجم، الملكية، والتخصص، التعليم، السن، الإدارة والتحكم (17).

القسم الثالث: الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية

أولاً: الاتجاه الوظيفي في دراسة التنظيمات الطبية

ينظر أصحاب هذا الاتجاه للتنظيم كنسق اجتماعي يتكون من مجموعة أنساق فرعية، وهو نفسه يعتبر نسقا فرعيا لنسق أكبر وهو المجتمع، ويرون أن استمرار هذا التنظيم يلزمه مجموعة متطلبات وظيفية منها المواءمة وتحقيق الهدف، والتدعيم، والتكامل والكمون. وينظرون حديثا للتنظيمات الطبية كنسق صحي يتميز بنظام لتقسيم العمل يختلف عن غيره من التنظيمات الأخرى. هذا التقسيم هو ما يجعل الإنجاز والفعالية التنظيمية أيضاً يتسمان بنفس سمات التميز، وهذا ما سنحاول توضيحه الآن.

1. تقسيم العمل

ما زالت الدراسات الوظيفية الحديثة للتنظيمات الطبية مهتمة بدراسة التغير في نظام تقسيم العمل فيها، على اعتبار تميز وخصوصية هذا التقسيم، وتضمنه لهيئة إدارية وأخرى طبية، ولكل منها تركيبته الوظيفية وصراعاته الداخلية وصراعاته مع الهيئة الأخرى. وكان لمتغير 'التكنولوجيا' تأثير كبير على هذا التقسيم. وقد تابعت أبحاث عديدة هذه المتغيرات، منها ما قام به 'مايك دنت' 1990 Mike Dent في بحثه 'تنظيم العمل داخل قسم الكلى وتغيره: دراسة لتأثير دخول نظام الكمبيوتر داخل مستشفيتين'. ويرى 'دنت' أن وحدات الكلى تواجدت منذ البداية للغسيل الكلوي للمرضى الذين يعانون من فشل كلوي في مراحله النهائية، ولتدريبهم على أن يقوموا بذلك لأنفسهم. ومن الجوانب الهامة في هذه العملية تسجيل حالتهم الصحية أثناء

ذلك بدقة من خلال الممرضات والأطباء، لهذا تحوي وحدات الكلى عدداً كبيراً من هذه التقارير حول المرضى الذين يستخدمونها. ومع إدخال نظام الكمبيوتر تيسرت الكثير من هذه المتابعات والبيانات سواء للمتابعين لها من الممرضات، أو المستخدمين لها من الأطباء. والبحث هنا ليس في أهمية هذه الأجهزة أو كيفية الاستفادة منها، بل في نظام تقسيم العمل الإكلينيكي الذي ينشأ على ذلك، خاصة فيما يتعلق بالعلاقة بين الأطباء والممرضات، هذا على اعتبار أن تلك العلاقة مشكلة للطرق التي من خلالها يمكن الاستفادة من نظام الكمبيوتر الذي يتم إدخاله [18].

وفي بحث آخر لـ "جورج إي فراير" George E. Fryer 1991 بعنوان "المهن الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية: شكل غير طبيعي لنظام تقسيم العمل"، يدرس المؤلف التنظيمات الطبية الأمريكية من خلال التغيرات التي طرأت على نظام تقسيم العمل فيها، مستشهداً في بداية بحثه بكتابات "دوركايم" في كتابه "تقسيم العمل"، خاصة في المجتمعات الصناعية المتقدمة. حيث يرى "جورج فراير" أن المهن الطبية في القرن الأخير كانت غالبيتها تحت مسمى "الممارس العام"، ولكنها الآن تحولت إلى مهن طبية عالية التخصص. ومع الوقت صارت أعداد هؤلاء الأطباء- الدقيقي التخصص - أكثر كثيراً عما هو مطلوب، في الوقت ذاته هناك حاجة ماسة لأولئك الممارسين، إضافة إلى سوء توزيع كليهما في مختلف التنظيمات الطبية، مما قد يجعل أحدهما يقوم بأدوار الآخر، للدرجة التي جعلت "جورج فراير" يعتبر هذا النظام غير طبيعي في استجابته لاحتياجات المرضى. ويرجع "فراير" ذلك لعدم وجود توافق في العمل بين الممارس العام والطبيب المتخصص الذي أهمل منذ البداية الاهتمامات الشعبية. ويشير إلى أهمية التضامن المفترض تواجده - إذا وجد هذا التوافق - وغيابه عندما يغيب. وفي بحثه عن أسباب ذلك تحدث "جورج فراير" عن الطب الأمريكي الذي يرى أنه قد تحول من نظام الرعاية الأولية إلى الرعاية المتخصصة. ويرى للتعليم الطبي عبر الجامعات والمدارس الطبية دوراً في تشكيل هذه النظرة، فهو الذي نقل مبدأ المنافسة من المجتمع الرأسمالي المحيط بها إلى العاملين في المجال الطبي، فخلقت الكثير من المشكلات لكليهما[19].

2. الإنجاز

وهو من المفاهيم التنظيمية التي ما زالت محل اهتمام الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية، فهي ترى أن إنجاز هذه التنظيمات لأدوارها متوقف على ثقافة الإداريين -خاصة الرؤساء منهم- فهذه الثقافة تخلق مواطن للصراع داخل التنظيم أو قد تخفي المتواجد منها، وهي التي تشكل إستراتيجية التعامل مع السوق وتحدد أولوياته، بل أحيانا تتدخل في نوعية التعامل مع السياسات الاقتصادية في المجتمع. وهذا ما أكده "م.ب جيروتس" M.B. Gerowitz 1996 في بحثه عن تأثير ثقافة الإدارة العليا على الإنجاز في المستشفى. وقام بمقارنة ثلاث ثقافات لتلك الإدارة في كندا والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة، وقام بالإجابة على تساؤلات خاصة بعلاقة هذه الثقافات باختلاف السياسات الاقتصادية لتلك التنظيمات، والاختلاف في درجات الإنجاز فيها [20].

3. الفعالية التنظيم

مازالت الدراسات التنظيمية الحديثة تتجه نحو تعريف ودراسة "الفعالية التنظيمية" في التنظيمات الطبية، خاصة فيما يتعلق بدور أفراد الهيئة الإدارية والطبية الذين يديرون الخدمة الطبية في هذه التنظيمات. فمن يدير هذه التنظيمات لابد لهم من سمات مهاريه تميز إدارتهم لهذه الخدمة النوعية، بعضها كلاسيكي يتفق فيه كل من يقوم بمثل هذه المهمة. إضافة لسمات أخرى بعضها سياسي وبعضها ذا اتصال بالتنشئة المهنية. ففي بحث أجراه "د. بولدي وآخرون" D. Boldy & Others 1996 بعنوان "الصفات المقارنة لمديري الخدمات الصحية النشطين، وتعريفات الفعالية التنظيمية في استراليا، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الأمريكية"، يرون أن هذه الصفات تكاد تتماثل بين مديري التنظيمات الطبية في استراليا والولايات المتحدة منها بين المديرين في المملكة المتحدة، خاصة ما يتعلق بالمهارات الشخصية، والمهارات الكلاسيكية للإدارة، فقط السمات ذات الصلة بالبعد السياسي هي ما تميز المديرين في المملكة المتحدة. وعموماً استخدم الباحثون استبيانا يحوي تساؤلات حول السمات الشخصية، وآخر عن المعرفة والتعليم، وآخر عن المهارات، وأخيراً عن المعتقدات والقيم، إضافة لمحددات خاصة بالفعالية التنظيمية، وهي ما تميز هذه التنظيمات الطبية عن غيرها من التنظيمات الأخرى، بل

وتميز المؤسسات التي قد تعمل من خلالها سواء أكانت تعليمية أو حكومية، أو صناعية. وقاموا بتطبيق هذا الاستبيان على (855)مديراً، و(1452) طالباً يدرسون مثل هذه المهارات والتدريبات للقيام بهذا الدور[21]. ولقد أشارت الدراسة السابقة إلى أن الواقع الفعلي لهذه المجتمعات الثلاثة (موضوع البحث) قد اختلف في بعض سمات مديري الخدمات الصحية فيها، خاصة فيما يتعلق بالفعالية التنظيمية، وإن كانت هناك اتفاقات فيما بينهم في الأسس الإدارية والتنظيمية التي تضمها المناهج التعليمية التي يؤهل وفقاً لها هؤلاء الأفراد، والنماذج الإدارية التي يتدربون عليها[22].

ثانيا: اتجاه النسق الفني في دراسة التنظيمات الطبية

ينظر أصحاب اتجاه النسق الفني للتنظيم بوصفه نسقا اجتماعيا ترتبط فيه التكنولوجيا بعواطف الأفراد، وكلاهما يرتبط بالبيئة المحيطة بهذا التنظيم. لهذا فالتكنولوجيا والبناء الرسمي يحددان درجة إشباع الأفراد داخل وخارج هذا التنظيم، ويحددان شكل العلاقات المتبادلة بين الجوانب الرسمية وغير الرسمية فيه، وأخيرا يحددان شكل العلاقة بين التنظيم والبيئة. أما عن نظريتهم للتنظيم الطبي فلم تختلف كثيراً عن سابقتها، فالتغيرات التكنولوجية والعلاقة مع البيئة المحيطة ما زالا العاملين المهمين في نظرتهم لها. إضافة لذلك فالجوانب الاقتصادية للتنظيم يعتبرها أصحاب هذا الاتجاه من العوامل المهمة في تشكيل درجة إشباع الأفراد من الخدمة الطبية التي يقدمها، وهذا ما سنحاول توضيحه في النقاط الثلاث الآتية.

1. **التغير التكنولوجي**

لاحظنا فيما عرضناه في دراسات تاكيت، ودنتون، وجارتلي أن التغير التكنولوجي من الموضوعات التي بحثوها في تحليلاتهم للتنظيمات الطبية. ويبدو أن الدراسات الحديثة في هذه التنظيمات ما زالت مهتمة بنفس الموضوع، وإن غيرت من مواقع دراساتها، من المستشفى لأقسام معينة منها أو لأشكال أخرى من المستشفيات المتخصصة، أو أضافت لها متغيرات اجتماعية أخرى كالحراك الاجتماعي أو الطبقة أو العرق. كالبحث الذي أجراه جان بلو شتاين وآخرون 1995 Jan Blustein & Others بعنوان مدى إتاحة الاستفادة من مستشفيات القلب التي تستخدم تكنولوجيا

متقدمة: كيف يكون العرق مهما؟ وفيه قام الباحثون بدارسة (11410) حالة مرضية لمرضى مصابين بذبحة صدرية حادة في مستشفيات الولايات المتحدة عام 1986م. وتوصلوا لنتائج عديدة منها أن ثلث عينة المرضى الزنوج، وغالبيتهم من صغار السن، ومن الإناث. أما الباقي فمن البيض، وهم أميل للرعاية الصحية التأمينية. وعموماً المرضى الزنوج عادة ما يصابون بالجلطة القلبية لارتفاع ضغط الدم، أما المرضى البيض فرغم عدم إصابتهم بجلطة كاملة تدخلهم مثل هذه المستشفيات. فإن الصدمة القلبية أو هبوط القلب هما السببان الرئيسيان وراء دخولهم هذه المستشفيات، وكلا المرضان (ارتفاع ضغط الدم، والصدمة القلبية) يشير لاختلافات في أنماط الحياة المعيشية والاجتماعية والمهن التي يمارسها كلا الفئتين. أكثر من ذلك أشارت الدراسة إلى أن هذه الأنماط المعيشية تتدخل في اختياراتهم لمكان إقامتهم القريب من تلك المستشفيات، فالمرضى الزنوج يميلون للإقامة بجانب مستشفيات القلب العالية أو المنخفضة تكنولوجيا وإن كانوا يفضلون أن تكون إحدى المستشفيات التي يقيمون حولها من النوع المجهز بتكنولوجيا متقدمة [23].

2. **العلاقة بالبيئة المحيطة**

حاولت الدراسات الحديثة للنسق الفني أن تلاحق التغيرات الاجتماعية المتلاحقة والسريعة في المجتمعات المحيطة بالتنظيمات الطبية، وتبحث في تغير الأدوار التي تقوم بها تبعاً لذلك. ورغم أن هذه الدراسات ليست جديدة على الاتجاهات الدراسة لها، فإنها حاولت معالجة الفجوة بين الأدوار المختلفة للأفراد القائمين على هذه التنظيمات. كالبحث الذي أجراه ترودى هارفام Trudy Harpham 1994 بعنوان 'التحضر والصحة العقلية في الأقطار النامية: دور بحثي لعلماء الاجتماع، وأخصائي الصحة العامة والأخصائيين النفسيين الاجتماعيين' حيث يرى أن التحضر في هذه الأقطار يتضمن تغيرات في الأحداث الحياتية للأفراد. ويعتقد أن هذه التغيرات تؤثر على الصحة العقلية للأفراد، خاصة مرضى الاكتئاب النفسي والقلق المرضى، والنساء ذوات الدخول المنخفضة. فرغم أن معدلات هذين المرضين مرتفعة بين زوار المراكز الصحية الأولية، فإن الأبحاث المهتمة بذلك قليلة. لهذا يرى 'هارفام' أن العلاقة بين التحضر ومثل هذه الأمراض في حاجة لتحديدات علمية جيدة لتوضيح

مدى انتشارها، وتحتاج لتعاون علماء الاجتماع والطب وعلم النفس الاجتماعي، وتحتاج لتحديد مفاهيم وطرق منهجية جديدة. كما تحتاج لمقارنات بين الريف والحضر في مسألة الصحة العقلية، ولفهم دور المناطق الريفية في الهجرة الحضرية، ومحددات واضحة للثقافة النفسية للأفراد وغيرها من العوامل التي تساعدنا على فهم الأدوار التي ستضاف للعاملين في التنظيمات الطبية في الدول النامية والتي تصاحب التحضر وتؤثر على الصحة العقلية للأفراد (24).

3. اقتصاديات التنظيمات الطبية

نتيجة لارتفاع استخدام التكنولوجيا الطبية المتطورة، والتغيرات المتلاحقة في علاقة هذه التنظيمات بالبيئة المحيطة خاصة بالنظم الاقتصادية فيها، أضاف أصحاب النسق الفني في دراساتهم لتلك التنظيمات الطبية دراسة اقتصادياتها، خاصة إعادة هيكلة أجور العاملين فيها، وإعادة تسعير الخدمة التي تقدمها بغرض تحويل مجانيتها تدريجياً إلى خدمة مدفوعة الأجر كاملة. وهذا ما بحثته "مارسيا ويفر وآخرون 1994" Marcia Weaver & Others في بحثهم "توقعات لإعادة هيكلة الأجور في المستشفيات في المناطق الفرعية من الصحراء الإفريقية: دراسة حالة للمستشفى الوطني بنيامي بالنيجر". حيث يشيرون لتساؤل هام هو: هل إعادة تشكيل اقتصاديات المستشفيات العامة سيجعلها مكتفية اقتصادياً؟ وقاموا ببحث تأثير إعادة هيكلة أجور مستخدمي المستشفيات بالعلاقة بالميزانية الكلية للمستشفى. وإعادة الهيكلة تضمنت تغيرات في تصنيفات المرضى المترددين عليها، ونوع الرعاية المقدمة لهم. ولقد أكدت نتائج البحث ضرورة إجراء تغييرات في تكلفة تقديم الرعاية الطبية الجراحية فيها (25).

ثالثاً: الاتجاه النفسي الاجتماعي في دراسة التنظيمات الطبية

ينظر أصحاب هذا الاتجاه للتنظيم الاجتماعي عبر حاجات ودوافع أعضاء التنظيم الشخصية، فكلاهما يؤثر على سلوكيات الأفراد، وقد يشكل مناطق للصراع بين الفرد والتنظيم، ويؤثر على إنجاز التنظيم لمهماته الأساسية، وقد يخلق تنظيمات غير رسمية فيه. أما عن هذه الحاجات والدوافع الشخصية لأعضاء ومرضى التنظيمات الطبية فقد بحثها علماء الاجتماع الطبي في بحوثهم الحديثة عبر استجابة

المرضى للرعاية الطبية، وعلاقة المرضى بأفراد هيئة التمريض، والعلاقة بين تكلفة الخدمة الطبية والمكانة الاجتماعية- الاقتصادية للمرضى، وهذا ما سنحاول توضيحه فيما يأتي:

1. **استجابات المرضى للرعاية الطبية**

درس أصحاب هذا الاتجاه التنظيمات الطبية عبر الرعاية الطبية التي تقدمها، واهتموا باستجابات المرضى غير الراضية عنها، وحاولوا دراسة سلوك المرضى ومقومات تقديم هذه الرعاية في المستشفيات العامة، كالبحث الذي قامت به "سارا كارمل 1988" Sara Karmel بعنوان "الاستجابات غير المرضية لمرضى المستشفى"، وفيه تعرض الأبعاد المختلفة لسلوك الشكوى من المرضى بشكل عام، ثم تقدم أبعاداً أخرى للاستجابات الحادة أو العنيفة من جانبهم تجاه الرعاية المقدمة. وقد وضعت لذلك مقاييس تساعدها على قياس هذه الأبعاد، منها المشكلات التي تعوق تقديم هذه الرعاية من المستشفى، بناء القوة في المستشفى، المصادر الشخصية للقوة الاجتماعية، والاستجابة السلوكية الدالة على عدم الرضا. وقد أشارت "سارا كارمل" بأن 80.6٪ من الحالات قد أشارت لمشكلة واحدة على الأقل متعلقة بخدمات الرعاية التي تقدمها المستشفى، 9٪ تجاه الممرضات، 13,5٪ تجاه الأطباء، 77,5٪ تجاه الخدمات التدعيمية[26].

ولقد صنف أصحاب هذا الاتجاه استجابات الأفراد لتلك الرعاية تبعا لنوعية التشخيصات أو الفحوص التي يجريها المرضى المترددون أو المقيمون في هذا التنظيم الطبي. فتبعا للإجراءات المتبعة أثناء إجراء تشخيص ما، تتشكل ردود فعل المرضى تجاه الرعاية الطبية المقدمة، وتتشكل مفاهيم الأفراد حول المرض المطلوب تشخيصه، أو إجراء فحوص له. فما يتم في فحوص أمراض الأورام الخبيثة يختلف عما يتم في فحوص أمراض الدم، ويختلف عما يتم في اختبارات الحمل والولادة وغيرها. لذلك ترى "لولا جين كوزاك وآخرون 1993" Lola Jean Kozak & Others في البحث المعنون "نماذج لاستخدام المستشفى بواسطة المرضى الفاحصين للعدوى من مرض فقدان المناعة المكتسبة"، إن مراعاة البعد الاجتماعي والنفسي في تقديرات الأفراد لجدية التشخيصات والفحوص ضروري عند دراسة دور هذه التنظيمات، ونوعية الأمراض

والعلاجات التي يتم معها ذلك، وأكدت على تقارب الرجال البيض والنساء السود واستجابتهم لتلك الاختبارات [27].

ولقد اهتمت هذه الاتجاهات الحديثة بدراسة الرعاية التي تقدمها المستشفى للمرضى وآرائهم تجاه هذه الرعاية الطبية المقدمة لهم، بل وآراؤهم تجاه من يقدمون لهم تلك الرعاية كالأطباء والممرضات وبعض الإداريين. ويعتقد أصحاب هذا الاتجاه ضرورة الاهتمام بنظرة المرضى، وتقسيم الأدوار داخل التنظيمات الطبية تبعاً لذلك، ليأتي التعديل والتغيير فيها بما يتلاءم مع المرضى ومتطلباتهم. من هذه الدراسات ما قامت به "نيكي بريتن 1991 Nicky Britten" في بحث بعنوان "رؤية المرضى للاستشاريين". حيث أخذت الباحثة عينة من (24) فرداً من استشاري المستشفى، وأجرت معهم مقابلات حول آرائهم في الطريقة المحتملة لدخول مرضاهم إلى المستشفى. وقد تم تحليل بيانات هذه السجلات، وأجريت مقابلات أخرى مع (20) مريض لمعرفة آرائهم في هؤلاء الاستشاريين. وقد تم تحليل بيانات تلك المقابلات، واستخلصت الباحثة أن هناك نموذجين مختلفين لكلا الفريقين. فالاستشاريون ينظرون لمرضاهم عبر نموذج بيو- طبي للاعتلال، والمرضى ينظرون للاستشاريين عبر نموذج اجتماعي- نفسي للاعتلال، ويريدون منهم الامتثال له [28].

2. علاقة المرضى بأفراد هيئة التمريض

تغيرت نظرة أصحاب هذا الاتجاه لأفراد هيئة التمريض العاملين في التنظيمات الطبية، خاصة في علاقتهن مع الأطباء، والمرضى أثناء تلقيهم للرعاية الطبية منهن، وصراعاتهن مع أفراد الهيئة الإدارية والطبية. ولقد اتجهت هذه النظرة نحو الأقسام الطبية داخل التنظيمات الطبية، مفترضين اختلاف أشكال التفاعل والصراع باختلاف طبيعة العمل في هذه الأقسام. ومنها دراسة "دافيد هيوز 1988 David Hughes" بعنوان "عندما تعرف الممرضة بشكل أفضل : بعض جوانب العلاقة التفاعلية بين الممرضة والطبيب في قسم الطوارئ". حيث يشير المؤلف لأهمية معرفة السمات المميزة لقسم الطوارئ وما يجب على العاملين فيه أن يفعلوه، للدرجة التي قد يطور كلاهما تعبيراته وسلوكياته المهنية تبعا لطبيعة المرضى المستفيدين من خدمات هذا القسم. فإذا

لم يحدث هذا وفشلت الممرضة أن تنمي معرفتها الطبية والثقافية بما يتلاءم مع أفراد الهيئة الطبية، ستكون الكارثة مع المرضى [29].

والآن تتجه دراسات أصحاب هذا الاتجاه نحو مفهومي "رغبات المرضى للمعرفة الصحية"، "وإشباعهم وجدانياً" باعتبارهما ضمن الأهداف التي تسعى التنظيمات الطبية لتحقيقها أثناء تقديمها للرعاية الطبية، بل ويعتبرهما البعض منهم من أهم المتغيرات المؤثرة على استجابات المرضى للرعاية الطبية المتقدمة، منهم "ساندرا ك. جوز وآخرون 1993" Sandra K. Joos &Others في بحثهم حول "رغبات المرضى وإشباعهم في عيادات الممارس العام". فهم يرون أن متطلبات المرضى وحاجاتهم هي النقطة المبدئية التي يجب أن تراعي في الرعاية الطبية التي تقدمها التنظيمات الطبية. فتكرار تلبية الأطباء لرغبات مرضاهم يخلق الثقة والإشباع تجاه هؤلاء الأطباء، وتجاه ما يقدمونه من رعاية طبية. وقد قام الباحثون بدراسة (243) مريضاً بمرض مزمن، أثبتوا أن المرضى الذين يفتقدون المعرفة الثقافية الصحية مع أطبائهم، فقدوا ثقتهم في علاجهم بواسطة هؤلاء الأطباء. لهذا أكد الباحثون على إعادة تأهيل الأطباء للقيام بهذا الدور. ووضع برامج تأهيلية أو تكميلية للعلاج الطبي الذي يتلقاه المريض من المستشفى [30].

3. تكلفة الخدمة الطبية والمكانة الاجتماعية- الاقتصادية للمرضى

احتل موضوع تكلفة تقديم الخدمة الطبية مكاناً هاماً في الدراسات النفسية الاجتماعية للتنظيمات الطبية، منها ما أورده "جيس روسس وهاورد أي. موسبرج 1977. James M. Rossers &. Howard E.Mossberg في كتابهما "تحليل للرعاية الصحية المتقدمة". ويشيران فيه إلى أن من المشكلات التي تواجه هذه التنظيمات أن الناس يجهلون مصادر هذه الرعاية الصحية المتاحة، وبالتالي قد لا يستفيدون منها. وأن الاختلافات الاجتماعية والثقافية تؤثر على نماذج توزيع واستفادة الأفراد من مصادر هذه الرعاية الصحية، وأن قلة المحددات الواضحة لها يستتبعه قلة للمحددات التي تقدم حلولا لمشكلاتها، وقلة الأولويات البحثية حولها. وأن صناعة هذه الرعاية الصحيحة تقوم على أسس تجارية ولابد من توافر المعرفة والعمل اللازمين لذلك، فالتكلفة المالية ما زالت في حاجة لتحديدات خاصة بالصحة. فحتى الآن لا يملك أحد

الإجابة الصحيحة حول أفضل تعريفات أفضل تنظيم وأنشط إدارة تدير نظام الرعاية الصحية. فهذا يتدخل فيه فروع علمية عديدة [31].

وتفرعت من الدراسات السابقة دراسات أخرى تحدثت عن تأثير المكانة الاجتماعية - الاقتصادية للمرضى، ونمط الرعاية الطبية والصحية المقدمة من نوعيات معينة من المستشفيات العامة والشعبية والمتعددة والمتخصصة. ورغم تعرض بعض الدراسات الأولى في علم الاجتماع الطبي لذلك، إلا أنها تضع معها متغيرات أخرى 'كالحاجات الضرورية للمرضى' و 'الروابط الاجتماعية' و'شكل الجماعات الاجتماعية' في المجتمع المحلي المحيط بالتنظيم الطبي وغيرها. وهذا ما قام به 'إيريك نورد وإسبن دال 1989' Erik Nord & Espen Dahl، إذ يشيران في بحثهما 'المكانة الاجتماعية- والاقتصادية للمرضى وعلاقتها بالمستشفيات الشعبية في النرويج'، إلى أن فكرة الرعاية الصحية تقوم على أنها خدمة يجب أن تنشر بين الأفراد تبعاً للحاجة لها، وليس تبعا للرفاهية المطلوبة أو المكانة التعليمية أو الرابطة الاجتماعية. ولقد أثبتت الدراسات أن الجماعات الطبقية الدنيا لا تستفيد أو تستخدم هذه الخدمات الطبية كأولئك المنتمين للجماعات الطبقية العليا (دراسات لي. جراند Le Grand 1986 وكولين وكلاين Colin & Klein، وبلاكستر Blaxter 1984 وغيرهم) [32].

وقد قام 'إيرك نورد واسبن دال' بدراسة مدى إمكانية التوفيق بين الحاجة واستخدام الخدمة الطبية في المستشفى الشعبي في النرويج من خلال دراسة تذاكر دخول المرضى في المستشفيات غير النفسية في ثلاث مدن في النرويج تمثل 14٪ من جملة السكان عموما، وباستخدام بيانات حول متغير المهنة (اسم المزرعة التي يعمل بها الفرد، واتجاه التجارة، والدخل المحتمل)، والمدون في مكتب الإحصاء المركزي، وحاولا المقارنة بين تلك المدن، وإيجاد العلاقة بين المكانة الاجتماعية- الاقتصادية ومدى الحاجة للخدمة الطبية المقدمة من المستشفيات الشعبية، والاستخدام الفعلي لتلك الخدمة. ومن خلال تقسيم العينة إلى مجموعات اجتماعية تتضمن العمال غير المهرة والعمال المهرة، والموظفين ذوي المرتب (المنخفض المستوى)، والموظفين ذوي المرتب (المتوسط المستوى)، والموظفين ذوي المرتب (المرتفع المستوى)، والفلاحين وصيادي السمك، ووظائف خاصة أخرى، وتقسيم المعلومات المتواجدة في تذاكر الدخول حسب المتوفين،

والمنتشر المرض بينهم، والمترددين على المستشفى. ومن خلال ذلك وضع الباحثان معدلات إحصائية تشير لكل جماعة اجتماعية كما أوضحنا سابقاً، وأشارا إلى أن هذه المعدلات وإن كانت تشير لتلك العلاقة بين المكانة الاجتماعية- الاقتصادية واستخدام المستشفى الشعبي، لكنها غير كافية للوصول لأحكام واضحة، وتحتاج الجوانب النفسية والاجتماعية فيها لأبحاث أخرى [33].

ونلاحظ أن كثرة الدراسات السابقة حول تكلفة تقديم هذه التنظيمات للرعاية الطبية وتأثير ذلك على استجابة المرضى قد طرح مفهوم 'الخدمات الصحية المجتمعة' [34] كإطار لدراسة الموضوعات السابقة. وأضيفت لها متغيرات تتصل باستجابة المرضى، كالاختيار الاجتماعي، والعدالة الاجتماعية. عن المتغير الأول قام 'فيكتور ر. فاكس Victor R.Fucks 1975 ببحث بعنوان 'من سيعيش؟ اقتصاديات الصحة والاختيار الاجتماعي'. وقد حاولت هذه الدراسة الإجابة على تساؤلين رئيسين هما: لماذا أصبحت تكاليف المستشفى مرتفعة الآن؟ وكيف نحافظ على وقف هذا الارتفاع؟ وقبلهما يشير المؤلف للعلاقة بين الصحة والاقتصاد، والمشكلات التي يجابهها الأفراد في هذا الأمر، والفرص المتاحة لعلاج تلك المشكلات. ويشير إلى أن الأطباء هم محور الالتقاء بين الجانب الصحي والاقتصادي في التنظيم الطبي. ومنها ينتقل للظروف التي قد تجعل المريض لا يستطيع الذهاب للطبيب أو يستعين بجراح أو يغطي متطلباته العلاجية. ونلاحظ أن المؤلف قد ابتعد عن التحليل الاقتصادي للتنظيمات الطبية، وركز على الجانب الإنساني الذي يراعي الظروف المالية للمرضى، والتي قد لا تلاحق تلك الارتفاعات في أسعار تقديم هذه الرعاية (10٪ كل عام في الولايات المتحدة)، رغم أن هذا الارتفاع تتحمل الحكومة، والتأمين الصحي قدراً منه، والباقي يدفعه المريض. وعلى قدر التوازن بين هذه الأجزاء يستفيد المريض من هذه الرعاية الطبية وتتغير أنماط استجابته لها [35].

أما عن 'العدالة الاجتماعية' في علاقتها باستجابة الأفراد للرعاية الطبية المقدمة من التنظيمات الطبية، فقد قام 'اليموكسكماكي وزملاؤه 1995 Ilmokeskimaki & Others ببحث بعنوان 'العدالة الاجتماعية – والاقتصادية في مجال الرعاية الطبية بفنلندا وعلاقتها بالاحتياجات'. وفيه يرون أن تحقيق العدالة الاجتماعية في توزيع

الخدمات الطبية يتطلب تعديل استجابات الأفراد لها، ويتطلب مراعاة ثلاثة أشياء، أولاً: تقليل فروق معدلات المرض بين الجماعات السكانية المختلفة باعتباره أولوية صحية شعبية. ثانياً: محاولة تقليل العبء الاقتصادي للمرض، وذلك بإعادة توزيع الدخل من خلال الضرائب والخدمات. ثالثاً: الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية تبعا للاحتياجات أكثر من الدخول أو أماكن التواجد. وعبر هذه المتطلبات قام أليموكسكماكي وزملاؤه بتقييم مدى نجاح سياسات الرعاية الصحية الفنلندية بتنظيماتها الطبية المختلفة في تحقيق العدالة الاجتماعية والاقتصادية في رعاية المرضى داخلها. وقد قاموا بدراسة الرعاية الطبية قصيرة المدى (أقل من 30 يوم) في المستشفيات الفنلندية العامة للمرضى في عمر (25 عام أو أكثر) واستبعد المرضى النفسيون ومرضى النساء والتوليد، وحصلوا على بيانات البحث من (1988) مستشفى، وتم ربط بيانات المرضى بمؤشرات اقتصادية- واجتماعية من إحصاء سكاني تم في الفترة من 1970- 1980.

وقد أثبتت الدراسة السابقة أن استجابات الأفراد المنتمين لجماعات ذات مكانة اجتماعية – اقتصادية منخفضة للرعاية الطبية التي تقدمها هذه التنظيمات الطبية، أكبر ممن هم في مكانه اجتماعية – اقتصادية مرتفعة. وهذا يصدق على كل الأعمار. وهناك تماثل بين الجماعتين (المنخفضة والمرتفعة) في الحالات المرضية الطويلة الأجل. وأشارت مؤشرات العدالة الاجتماعية لتوزيع متوازن لخدمات المستشفيات فيما يتعلق بالحاجة لتواجدها. وقد نجحت السياسات الصحية الفنلندية في عام 1980 في تحقيق هذه العدالة [36].

رابعاً: الاتجاه الثقافي في دراسة التنظيمات الطبية

مازال أصحاب الاتجاه الوظيفي في الأنثروبولوجيا الطبية والاجتماع الطبي يهتمون في دراساتهم الحديثة بالعلاقة بين الثقافة والصحة والمرض خاصة فيما يتعلق بالتداوي الشعبي والمعالجين التقليديين، والطب الشعبي، والقائمين عليه، والبناء الثقافي الصحي الذي يقوم عليه، والصراع بين الطب الرسمي والشعبي، وتأثير ذلك على أنماط العلاقة بين الأطباء والمرضى. وقد حاولت هذه الدراسات الحديثة الاستفادة من أدوات علم اجتماع التنظيم في فهم تلك الموضوعات، والانتقال منها لموضوعات

أخرى تخص التنظيمات الطبية المختلفة. من ذلك البحث الذي قامت به "بتريشا هادلسون 1993" Patricia M.Hudelson بعنوان "المحلول الفمي لمعالجة الجفاف وعلاج إسهال الأطفال صغار السن في مانجوا بنيكاراجوا". وتسعى "هادلسون" في هذه الدراسة لتوضيح أهمية التعاون بين التنظيمات الطبية والمجتمع المحيط بها، من اجل تقليص حجم ميزانيات هذه التنظيمات، بنقل جانب من الرعاية الطبية المقدمة للمنزل (رعاية منزلية)، وهذا ما يستلزم مراعاة الجانب الثقافي في سلوك الأفراد المرضى والعلاجي، وكذلك زيادة تردد المرضى على أقسام الرعاية الطبية الوقائية، وهذا بدوره يستلزم فهم هذا الجانب الثقافي. أجرت "هادلسون" دراستها على عينة قوامها (109) من الأمهات، مع الاستعانة بثمانية إخباريين في الفترة من فبراير 1987م – أبريل 1988م. وبعد إجراء المقابلات أشارت الباحثة إلى أن الأمهات رغم معرفتهن بعلاج الجفاف في أطفالهم بمحلول معالجة الجفاف، إلا أن نماذجهن الثقافية الصحية تشير لاستخدامهن للوصفات الدوائية، وبقايا الأدوية المنزلية، بينما محلول معالجة الجفاف متوفر. وتشير "هادلسون" لصعوبة تغير النماذج التفسيرية للمرض وكيفية التداوي منه، وأنه من المهم أن نفهم المحتوى الثقافي الذي من خلاله يستخدم الدواء شعبيا، وأن نعدل من الأدوار العلاجية لأفراد الهيئة الطبية في التنظيمات الطبية الرسمية[37].

ونعتقد أن أصحاب هذا الاتجاه قد ركزوا دراساتهم الحديثة حول التنظيمات الطبية في ثلاثة محاور بحثية أساسية هي: العلاقة بين ممارسي الطب الرسمي والتقليدي، وعلاقة التنظيمات الطبية الرسمية بالثقافة الصحية لجماعات اجتماعية معينة، والأبعاد الثقافية للمشاركة الشعبية الصحية في المجتمعات المحلية. وسوف نوضح ذلك فيما يأتي:

1. العلاقة بين ممارسي الطب الرسمي والطب التقليدي

سعياً وراء تقليل الفجوة بين ممارسي الطب الحديث في التنظيمات الطبية الرسمية وبين ممارسي الطب الشعبي، وممارسي الطب الحديث في التنظيمات الطبية الخاصة، اتجهت الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية نحو الفئات الشعبية التي تمارس التداوي بدرجة قد تعوق دور هذه التنظيمات أو تقلل من استجابة المرضى لهم، كفئة

"القابلات" ومنهم" سيسيليا بنوت Cecilia Benoit1989 في بحثها المعنون "التنشئة المهنية للقابلات: التوازن بين الفن والعلم". وفيه تعرضت الباحثة لثلاث طرق لعلاج مشكلة القابلات مع النظام الطبي الرسمي. الطريقة الأولى: التمهن التقليدي وفيه تتدرب القابلات على ما يعرفونه من علاجات وطرق تشخيص على يد قابلة أخرى أكثر خبرة. الطريقة الثانية: المدارس المهنية الخاصة بتعليم مثل هذه المهن المساعدة. الطريقة الثالثة: التعليم الجامعي. وأيها تعطي القابلة تصريحاً بممارسة المهنة عند مستوى علاجي معين ومحدد بقدر ما تعلمته. وتؤكد "سيسيليا بنوت" أن أفضل الطرق هي "المدارس المهنية"، فهي تعطي المريض مبرراً اجتماعياً وعقلياً لاستعانته بمثل هؤلاء المعالجين في الحالات غير الحرجة، وتقدم للقابلة الثقة في امتهان دورها العلاجي وتزيد من تفاعلها مع التنظيمات الطبية الرسمية، وفوق ذلك تقدم للنسق الطبي الأدوار محددة لكل فئة مهنية عاملة داخلة، فتقل احتمالات الصراع، وهذا لصالح المريض (38).

2. التنظيمات الطبية والثقافات الخاصة

عن دراسة علاقة التنظيمات الطبية بثقافة الجماعات الاجتماعية المختلفة، اتجهت الدراسات الحديثة لدراسة جماعات معينة من المرضى لها خصوصية مرضية واجتماعية معينة (سواء كانت خصوصية ثقافية أو علاجية). هذه الخصوصية تحدد شكل التنظيم الطبي، ونمط الأدوار التي تقدم عبره، كالتي قام بها "نيل ماك كيجاني 1989 Neil Mc Keganey في بحثه المعنون "في تحليل العمل الطبي: الممارسون العموميون، مرضى سوء تعاطي الأفيون، من منظور علم الاجتماع الطبي"، وفيه ينبه الباحث لطريقة علاج هؤلاء المرضى من خلال الممارس العام، والذي يتعامل مع هؤلاء المرضى باعتبارهم مرضى بمرض مزمن يمتد مرضهم لفترة طويلة ولا يتم شفاؤهم نهائياً حتى الآن. هنا يتدخل علم الاجتماع الطبي ليقدم لهؤلاء الممارسين الطرق المنهجية والنظريات والأفكار الاجتماعية التي تعالج مثل هذه الانحرافات، والأدوار الحقيقية التي يجب أن تقوم بها التنظيمات الطبية في التعامل مع هؤلاء المرضى خارجها، وهذا ما يتم من خلال أدوار الأخصائيين الاجتماعين الطبيين. لهذا يؤكد المؤلف على أهمية دراسة علم الاجتماع الطبي لأدوار

هؤلاء الممارسين العموميين في هذه التنظيمات الرسمية، لنعرف منطقة الإهمال الحقيقي في العمل الطبي في المجتمع[39].

وكانت الفروق الريفية – الحضرية مجالاً هاما لمقارنة علاقة بعض أشكال التنظيمات الطبية في كليهما بتلك الجماعات من غير الأطباء والتي تقدم هذه الرعاية، خاصة المراكز الصحية للمهاجرين. منها البحث الذي أجراه "ليوشاي وآخرون 1994" Leiyu Shi &Others بعنوان "دراسة مقارنة لمقدمي الخدمة الوقائية من غير الأطباء في المراكز الصحية للمهاجرين في الريف والحضر". ولقد أشارت الدراسة إلى أن توظيف معاوني الممرضات، ومساعدي الأطباء، والممرضات القابلات والمؤهلات في المناطق الريفية والحضرية قد أفاد في تقديم خدمات صحية جيدة. ولا يتوقف هذا على حجم المركز الصحي أو عدد العاملين فيه، بقدر ما تتدخل فيه عوامل أخرى كالاهتمام بقضايا الأفراد الاجتماعية والمعيشية في كلا المنطقتين. ويفيد هذا في تقليل تكلفة تقديم مثل هذه الرعاية، ويطور منطلقات تقديم الرعاية الطبية الأولية، ويغير من شكل التنظيمات الطبية التي تقدم هذه الخدمة [40].

ويبدو أن فشل التنظيمات الطبية الحديثة في أداء وظيفتها في المجتمعات الأفريقية هوما دعى الدراسات الثقافية الحديثة لهذه التنظيمات للبحث في الأسس الثقافية الشعبية للصحة والشفاء في هذه المجتمعات، فتشكيل هذه المفاهيم اجتماعياً يؤثر كثيراً على استجابتهم لتلك الرعاية. وترى "ستيفن فيرمان وجون م. جانزن 1992" Steven Feierman & Gohn M. Janzen أن التغيير في المرض وفي التنظيمات الطبية الأساسية التي تهتم بذلك، سوف يقودنا إلى تغيير المقاييس التي نقيس عليها محافظة الأفراد على صحتهم، وفي الخطوات التي يشفون عن طريقها، وشكل التنظيمات التي تقدم ذلك. فالتغير في تفاعل الأفارقة مع المرض لا يحدث بشكل انعكاسي آلي، فيجب علينا الا نرى ذلك متعمداً يحدث بوعي من الأفراد، أو ربما مبتكراً منهم ، فطرق الاستشفاء الأفريقية عندما ننظر لها من قريب سنجدها بعيدة جداً عن التخيل التقليدي لما قد يكون موجوداً فعلاً [41].

وترى المؤلفتان في كتابهما المعنون "الأسس الاجتماعية للصحة والشفاء في أفريقيا" أن النظر للتنظيمات الطبية في المجتمعات الأفريقية يلزمه النظر عبر صورة طبية

تتضمن المداوين الشعبين، والمرضى، وأقاربهم، فجميعهم يشكلون أو يعيدون تشكيل هذه التنظيمات العلاجية الشعبية، وهي ما تشكل – عبر علاقتها بالتنظيم الطبي الحديث – أنماط استجابات الأفراد للعلاج وتغير مفاهيمهم للصحة. هنا تتدخل 'اللغة'، و'المعرفة' كمكونين يتغيران عبر الوقت ليصبحا المشكلين المهمين لتلك التنظيمات الشعبية في مقابل التنظيمات الحديثة. ولأن اللغة ذات علاقة بـ 'القبيلة' و'الديانة' يصبح مثلا أفراد قبيلة مثل 'الزولو' ممارسين للعمل الطبي التقويمي وبقية أفراد القبائل الأخرى يتجنبون هذا العمل، حتى المسيحيين منهم يشكلون خطأً علاجياً يتميزون به عبر الكنائس ودور العلاج التابعة لها [42].

ورغم عدم تعرض 'ستيفين فيرمان وجون م. جانزن' للتنظيمات الطبية – موضوع بحثنا- بشكل مباشر إلا أننا لا نستطيع استبعاد دراستهما والتي تشير في كل تحليلاتها إلى البيئة الاجتماعية الأفريقية، والى أي مدى أثرت التغيرات المعاصرة على شكل التنظيمات في المجتمع عموما ومن ضمنها التنظيمات الطبية. ولهذا نعتقد أن تحليلاتها أقرب لدراسات علم الاجتماع الثقافي، وإن كان محور الدراسة مفهومي الصحة، والاستشفاء، وإن كانت دراستهما استكشافية أكثر منها تحليلية، فهما يضعان فيها أسئلة مفتوحة حول التداوي الأفريقي، وأخرى حول دراسة الصحة والمرض والطب في المجتمع التقليدي، والعلاجات عبر التاريخ الاجتماعي الأفريقي، والتحكم في التداوي، ولقد خصص المؤلفان جانبا من مؤلفهما حول 'الطب الإسلامي' في غرب أفريقيا [43].

3. المشاركة الشعبية الصحية والتنظيمات الطبية

عن موضوع المشاركة الشعبية الصحية للتنظيمات الطبية والأفراد في المجتمع المحلى، فقد اتجهت الدراسات الحديثة لأصحاب هذا الاتجاه نحو رؤية دور التنظيمات الاجتماعية في هذه المجتمعات المحلية في تحسين صحة أفراد هذه المجتمعات، ومدى تعاونها مع التنظيمات الطبية في تنفيذ برامج الصحة الوقائية، خاصة في تخصيص إحدى وحداتها التنظيمية للتدريب والتثقيف صحياً ونقل هذا للأفراد في المجتمع.

من هذه الأبحاث ما قام به 'توماس م. ويكسر وآخرون 1993' Thomas M.

Wickizer & Others في بحثهم المعنون "تنشيط المجتمعات لتحسين الصحة: خطوات نحو طريقة تقييم". وقد قام الباحثون بجمع مادتهم البحثية من (762) إخبارياً من (28) مجتمعاً محلياً غربياً، خاصة ما يختص بمعلومات تنشيط هذه المجتمعات وإثارتها في المشروعات الصحية. وكانت النتائج تشير لاختلافات واضحة بين الأفراد ذوي الدخول المرتفعة، والأفراد ذوى الدخول المنخفضة، وتشير لإمكانية وجود طريقة لتقييم هذه العلاقة بين التنظيمات الطبية والاجتماعية، وأفراد الهيئة الطبية العاملين في التنظيمات الطبية وأفراد المجتمعات المحلية، هذا رغم اختلاف أي منهما عن المجتمعات الأم التي تنتمي لها هذه المجتمعات المحلية [44].

ولقد صاحبت تلك الدراسات التي تبحث في تغير علاقة التنظيمات الطبية بالمجتمعات المحلية عن طريق المشاركة الشعبية، تغيرات أخرى في التنظيمات الطبية ذاتها، وهي ما كانت مجالاً بحثياً لأصحاب هذا الاتجاه الثقافي، خاصة فيما يتعلق بالثقة المتبادلة بين أفراد المجتمع وهذه التنظيمات. منها البحث الذي قام به "دافيد ميكانيك Daviad Mechanic 1996" بعنوان "التغيرات في التنظيمات الطبية وتلاشى الثقة"، وفيه يشير إلى أن الثقة في التدخلات الطبية والاتصال الفعال مع المجتمع، والتعاون في العلاج، والقدرة على التحكم في الشكوك المحيطة بهذه التنظيمات، جميعها تعكسها مقدار الثقة الاجتماعية لأفراد المجتمع تجاه النظام الصحي وتنظيماته الطبية، فبدء من الثقة الشخصية المتبادلة بين المرضى والأطباء، ومدى تقديرهم لمعاناتهم، ولثقافاتهم الصحية، وتقديرهم لمسئوليتهم، حتى النظر للرعاية الطبية اقتصادياً، ووجود صراع بين العاملين في التنظيم الطبي وأفراد المجتمع، فإن الثقة تأتي بداية من تشجيع المرضى على الذهاب لتلك التنظيمات الطبية. وهذا التشجيع يتشكل عبر ثقافة المرضى الصحية ونموذجهم للاعتقاد الصحي، لهذا فاستمرارية الرعاية المقدمة من هذه التنظيمات، وإتاحة الفرصة لمراجعة المستشفى للاطمئنان، وتدريب المرضى على المشاركة في القرارات الخاصة بهم في المستشفى والمجتمع، يزيد من علاقات التفاعل ومعدلات الثقة بينهما، خاصة وقد أشار قادة طبيون غير رسميين إلى أن ثقافة أفراد المجتمع تحمل دلالات كثيرة على اهتزاز الثقة بين أفراد المجتمع والتنظيمات الطبية الرسمية، والابتعاد عن مشاركتها في مشروعات صحية وطبية تفيد المجتمع [45].

خامساً: الاتجاه الإداري في دراسة التنظيمات الطبية

لعلوم الإدارة فضل كبير في دراسة التنظيمات المختلفة ومنها التنظيمات الطبية، وهناك مساهمات بحثية عديدة حول إدارة التنظيمات الصحية، والبنية التنظيمية الطبية، والهياكل الإدارية للتنظيمات الطبية، وغيرها من المحاور التي استفاد بها علم اجتماع الإدارة وعلم الاجتماع الطبي في دراسة التنظيمات الطبية. من هذه الدراسات ما قام به "اليوت فريدسون" Eliot Freidson 1963 في كتابه "المستشفى في المجتمع الحديث"، حيث ناقش الصراعات بين الهيئة الإدارية والطبية في المستشفى [46]، وما قامت به "كولين جرانت" Colin Grant 1973 في كتابها "إدارة المستشفيات" حيث ناقشت العلاقات التفاعلية بين أفراد الهيئة الإدارية والطبية من خلال المدخل التقليدي في إدارة المستشفيات. ثم انتقلت لدراسة التغير في هذه العلاقة تبعاً للتغير في إدارة الرعاية الصحية المقدمة، وفي أدوار التنظيمات الطبية الحديثة، وكيفية اتخاذ القرارات فيها، والسمات المميزة للمدير الإداري الجيد، ومفاتيح القوة في عملية إدارة المستشفى[47]. وما قامت به "ستيفين جرين" Stephen Green 1974 في كتابها "تحليل تنظيمي للمستشفى" حيث ناقشت نفس الموضوعات السابقة مع إضافة البعد الاجتماعي عبر الهيراركية الوظيفية، والقواعد البيروقراطية، وإدخال التكنولوجيا الطبية الحديثة في المستشفى [48].

والآن مازال الاتجاه الإداري ينظر للتنظيمات الطبية في نفس الموضوعات، وإن أضاف أدوات منهجية جديدة لها، كالاستعانة ببطاقات الرعاية الطبية خارج المستشفى، وبيانات الصحف عن الوفيات. فتحليل بيانات دخول هذه التنظيمات لم يكن متاحاً أمام الباحثين لدراسة كيفية استجابتهم للرعاية المقدمة لهم أو لمعرفة أسباب الوفيات بينهم. فإدارات هذه التنظيمات لا تقدم هذه البيانات، بل تتخلص منها، وتلك كانت أكثر المشكلات التي يحدث بسببها صراع بين أفراد الهيئتين الإدارية والطبية. أما الآن فالدراسات الحديثة لهذه التنظيمات استطاعت تقديم رؤى منهجية جديدة لدراسة هذه المعوقات الوظيفية التي يضعها أفراد الهيئة الإدارية، ففي بحث أجرته "مارجريت هيجنز راداني وهارولد س. لوفت" Margret Higgins 1993 Radany & Harlod S. Luft أشارت إلى أنه من الضروري لأبحاث الخدمة الصحية

والتخطيط الاستراتيجي للصحة أن نصف النماذج الجغرافية لدخول المرضى في المستشفيات المتعددة الغرض، وهذا يلزمه بيانات يتم الحصول عليها من إدارة هذه المستشفيات، وهذا غير متاح، وقد تحدث مشكلات مع إدارات هذه المستشفيات عند طلبها، لهذا استخدم الباحثان تذاكر متابعة ورعاية المرضى طبياً خارج المستشفى. فإدارات هذه المستشفيات لا تراها ضمن مسئولياتها، ومع استخدامهما لمعامل الارتباط الإحصائي بين نماذج تقديم الرعاية الصحية لثلاث نوعيات من المرض في أقسام الأطفال والنساء والتوليد، وأقسام البالغين، استطاعتا أن تجدا علاقة بين السمات المميزة لكل مستشفى، ودرجة الارتباط السابقة. أثبتت الدراسة ارتفاع معدلات الارتباط بين تقديم الرعاية الطبية، ونمط الإدارة في هذه التنظيمات ونوعية المرضى فيها، في المستشفيات الريفية، وغير المتخصصة الخدمة، والمستشفيات الصغيرة والمتوسطة [49].

أما عن البيانات الخاصة بالوفيات في هذه التنظيمات فتتهم فيها الهيئة الإدارية بعدم دقة وكفاية بياناتها عنها، بل قد توصف بعدم المصداقية، لهذا لجأت الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية لاستخدام بيانات الصحف عن هذه الوفيات، وهذا ما قام به "جول رود وكارين جلانز Joel Rudd & Karen Glanz "1991 في بحث "مسح للتغطية الصحفية حول معدلات الوفيات بالمستشفيات التي تديرها إدارة تمويل الصحة العامة في الولايات المتحدة". وقد قام الباحثان بدراسة بيانات عن وفيات المرضى في المستشفيات. ومنها قاما بمناقشة نوعية الرعاية الطبية التي تقدمها هذه المستشفيات في الولايات المتحدة، والمعوقات الإدارية والطبية التي تعوقها، وذلك من خلال ما نشرته الجرائد عن وفيات هذه المستشفيات. وقد قاما بدراسة (68) مقالاً في جرائد توزع في مناطق ريفية، وتم ترقيم هذه المقالات بأرقام كودية تبعاً للطريقة التي تم كتابتها بها، وذكر المستشفى من عدمه، وجود شروح متعلقة بالوفيات، وعدد سكان المنطقة المتواجد فيها هذه المستشفى. ولقد أشارت النتائج إلى أن إدارة تمويل الصحة العامة التي أشرفت على بيانات هذه الوفيات قد نالت دعماً صحفياً كبيراً، هذا رغم أن 95٪ من هذه المستشفيات تمتلك بيانات جاهزة عن هذه المعدلات بل وتوقعاتها. عموماً هذه الصحف نبهت إلى أن نوعية الرعاية الصحية التي تقدمها هذه المستشفيات يمكن

أن تتغير تبعاً لتواجد مثل هذه الإدارات، بل قد تزيد من خوف الأفراد تجاه هذه التنظيمات الطبية [50].

وحديثاً ظهرت دراسات حول دخول الكمبيوتر إلى إدارة التنظيمات الطبية ومدى التقدم الذي سيحدثه في أنظمة تقديم الرعاية الطبية، وحول إدارة النظم الصحية تبعاً لارتفاع أسعار تقديم هذه الخدمة، رغم هذا فما زال أصحاب هذا الاتجاه الإداري ينظرون للتنظيمات الطبية عبر الموضوعات الأولى لدراساته. ونعتقد أن الجديد فيها هو تغير أنماط هذه التنظيمات فبدلاً من اختيارهم للمستشفيات، اختاروا المراكز والأقسام الصحية المحلية، وبدلاً من أن تكون مؤشراتهم كلها تنظيمية وإدارية، يضعون معها مؤشرات اجتماعية وصحية كالاحتياجات الصحية للمجتمع. من ذلك البحث الذي قام به "جميس ستادنكي وآخرون 1994" Games Studnicki & Others وحللوا فيه العمل التنظيمي في الأقسام الصحية المحلية، متخذين أنشطة الصحة العامة كمعيار لتقدير العمل التنظيمي داخل هذه الأقسام. ويعود اختيارهم لهذه الأنشطة إلى أن مراكز التحكم في المرض ومكتب برامج الصحة العامة الوقائية، قد حددت عشرة أعمال تنظيمية يتم استخدامها حتى يتم التأكد من وصول برامج الصحة العامة للأفراد، ووجدوا أن جزءاً كبيراً من مصادر القوة البشرية تركز جهودها في توصيل هذه البرامج، ونسبة قليلة هي التي تختص بتحليل "الاحتياجات الصحية للمجتمع المحلي"، وتحاول تطوير خطط وسياسات هذه الإدارات لتنفيذ ذلك في هذه التنظيمات. وتستحوذ خدمات التدعيم الإداري على 13٪ من ميزانيات هذه التنظيمات، والصحة البيئية على 11٪ منها، والباقي يتجه نحو برامج مجابهة الأمراض، وكلاهما يتأثر بإدارة هذه التنظيمات [51].

سادساً: اتجاه دراسة التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة

لم تعد دراسات التنظيمات الطبية ترى في تميز تنظيمات المستشفى عن غيرها من التنظيمات الأخرى ما يكفي لتحليل الرعاية التي تقدمها، ففي داخلها ما يميز كل قسم منها رغم السمات المشتركة فيها مع بقية الأقسام الأخرى. هذا التميز قد لا يسمح لها بالانضمام تحت نفس السلطة والصراع والهيراركية الوظيفية، مما جعلها تستقل عن المستشفى. أكثر هذه الأقسام كانت الأقسام النفسية والعصبية [52] والأقسام الخاصة

بالنساء والتوليد، صار لكل منهما مستشفاه الخاص به، تلي ذلك أقسام طبية أخرى صار لكل منها مستشفاه الخاص وإدارته وهيئاته الطبية المميزة له، هذا ما جعل الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية تنظر في هذه التنظيمات الطبية الصغرى أو المتخصصة،على نحو ما سنوضح فيما يلي:

1. **مستشفيات النساء والتوليد: Gynecology Hospitals**

بداية نشير إلى أن التجزيء السابق للتنظيمات الطبية وإن كان مرتبطاً بزيادة الاتجاه نحو الفروع الدقيقة في العلم والتخصصات الصغيرة في الدراسات الطبية، وزيادة نظام تقسيم العمل في المجتمعات الغربية، إلا أن هذه المستشفيات فيها ما تشترك فيه مع غيرها من التنظيمات الطبية الأخرى وغير الطبية، ولها ما يميزها في دراسات التنظيمات، كدراسة سوسيولوجية المكان والوقت في مستشفيات النساء والتوليد. وهذا ما قام بدراسته وليم ر. روزنجرن وسبنسر دي. فولت 1978 William R. Rosengren & Spencer De Vault في بحثهما "سوسيولوجيا الوقت والمكان في مستشفيات النساء والتوليد"، وقد قاما فيه بدراسة الأنشطة المختلفة التي تتم داخل هذه المستشفيات، متخذين منطقة "الألم المرضى" كمنطلق لملاحظة العلاقة بين الوقت والمكان والسلوك الاجتماعي، فهناك حجرات معينة في المستشفى يتم فيها الموافقة على تعبيرات الألم، وأخرى لا يسمح فيها بذلك [53].

2. **وحدات الصحة العامة: Public Health Units**

اتجهت الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية لدراسة وحدات الصحة العامة كتنظيمات طبية صغرى تلعب دوراً مهماً في تقديم الخدمات الشخصية والوقائية كغيرها من التنظيمات، بل وتحاول تطويرها الآن لتستوعب الأمراض الوبائية في البيئات المحيطة بها وزيادة الوعي بالمشكلات البيئية حولها. لهذا تلعب هذه الوحدات الصحية دوراً كبيراً أكبر من مجرد الإشراف على برامج الوقاية المجتمعية، ومن ثم أكدت هذه الدراسات على ضرورة تقديمها للرعاية الصحية الشخصية للمترددين عليها، خاصة في القطاعات الفقيرة من السكان. وكان لذلك أثر واضح في تقديم خدمات التخطيط الأسرى، والرعاية الصحية المنزلية إلى قطاعات وجماعات اجتماعية

واقتصادية في حاجة لها، والاهتمام بمشكلات البيئة وبالمحددات التنظيمية لأداء هذه الوحدات لدورها. وهذا ما يؤكده فرانسو شامباني وآخرون 1993 Francios Champagne & Others في بحث بعنوان المحددات التنظيمية والبيئية لأداء وحدات الصحة العامة، حيث قاموا بدراسة (32) وحدة صحة عامة تم تحديدها إدارياً وتنظيمياً بحيث يقدمون رعاية صحية كالتي تقدمها المستشفيات ولكن في فترات علاجية قصيرة. وحاولوا تحديد تأثيرات العوامل البيئية والتنظيمية على الطريقة التي تقوم بها بأدوارها، وتأثير تلك العوامل على إنجازها لها وتأثير أنشطتها على هذا الدور. وقد أوضح البحث أن الوحدات التي توجه جانباً من جهدها للبحث العلمي، وتحافظ على روابط قوية مع غيرها من التنظيمات الطبية الأخرى دائماً ما تبتكر طرقاً جديدة تقدم بها خدمتها بشكل جيد (54).

3. المدارس الطبية: Medical School

من الحلول التي طرحتها الدراسات الاجتماعية والتنظيمية الحديثة لمشكلات التنظيمات الطبية والخاصة بخبرة وتفاعل أفراد الهيئة الطبية مع المرضى والإداريين والبيئة المحيطة والمجتمع هو الاهتمام بالمدارس الطبية الملحقة بتلك التنظيمات الطبية أو بالجامعات الطبية (55). وهذا ما وجه بعض باحثي هذه التنظيمات لدراستها، كالبحث الذي قام به روجر أ. روزنبلات وآخرون 1993 Roger A. Rosenblatt & Others حول تأثير المنح الفيدرالية الأمريكية على المدارس الطبية التي تخرج أطباء الرعاية الأولية. وفيه ناقش الباحثون سوء توزيع الأطباء بين الريف والحضر، خاصة بعد رفع المنح الفيدرالية لهذه المدارس من 19.7٪ عام 1967 إلى 31.1٪ عام 1976، وهذا ما أضاف لهذه المدارس أقساماً لطب العائلة في المدارس التي تخدم مناطق ريفية على خلاف المناطق الحضرية، وقد أشارت الدراسة لأهمية زيادة هذه المنح الفيدرالية (56).

ولم تقف هذه الدراسات عند المدارس الطبية بل ناقشت قضايا التعليم الطبي ومدى إمكانية استيعابه لمتطلبات الطب المهني والبيئي وإجراء تعديلات في القانون الصحي. من ذلك بحث شارلز تيموتاي لوسي "1996 Charles Timothy Lucey

بعنوان "ما هو الدور الـذي يلعبه القـانون الـصحي المهـني والبيئـي في التعلـيم الطـبي المستمر"[57]. كما درسـت المـدارس الطبيـة بالجامعـات والكليـات الطبيـة موضـوعات كاستثارة المجتمعات للصحة المهنية، والمشاركة الـشعبية في مـشروعات التثقيـف المهـني الصحي. وبدأت بتثقيف العاملين أنفسهم في الحقـل الطـبي، وأفـراد الهيئـات الطبيـة العـاملين في التنظيمـات الطبيـة المختلفـة، كخطـوة لعـلاج مـشكلة الفجـوة التثقيفيـة الصحية والمهنية بين أفراد الهيئة الطبية وبين أفراد المجتمـع، ولتعـديل اتجاهـات وأدوار هؤلاء الأطباء نحو تغير أنماط الأمراض، والمفاهيم المختلفة حول الصحة والتـداوي في المجتمع. وهذا ما أكدته "تلمـا كاشـنر وآخـرون Talma Kushnir & Others 1996" في بحثهم "دراسة متقدمة لتطوير العمل للعاملين في مجال الـصحة المهنيـة"، حيـث يـصفون الاستراتيجيات التعليمية ونتائج متابعـة الدراسـة مـع (35) فـرد يعملـون في الـصحة المهنية لمدة ستة أشهر، الهدف الأول كان لتعليمهم الأسـس النظريـة للوقايـة الـصحية تبعاً للاحتياجات الـصحية الخاصـة بـالمجتمع وتعلـيم أفـراد المجتمـع الأدوار المفـترض عليهم القيام بها، ثم الانتقال لمرحلة الأطباء الزائرين الذين ينقلون خبراتهم لغيرهـم، مع التزامهم بالخطط المتفق عليها مع المدارس الطبية التابعة للجامعـات الـتي يتـدربون فيها [58].

وحديثاً ظهرت دراسات متطورة حول دور المدارس الطبية في تشكيل اتجاهـات الأطباء نحو مرضاهم ونحو الرعاية الطبية التي يقـدمونها، بـل واتجاهـاتهم نحـو الوفـاة ونحو المرضى المحتضرين، كالبحث الذي أجراه "جـورج اي. تـونير 1994 George E. Dickinson & Robert E. Tournier" بعنوان "عشرة سنوات في عمر المدارس الطبيـة: دراسة طولية لاتجاهات الأطباء نحو الوفاة والمرضى المحتضرين". وقد أوضحت الدراسة أن اتجاهات الأطباء الذين تخرجوا في عام 1976 بعد عـشر سـنوات (عـام 1986) قـد تغيرت، خاصة فيما يتعلق بتشخيصاتهم للمرضى في حالاتهم الأخيرة، فقد أصـبحوا أكثر ميلاً نحو إخبار مرضاهم بتشخيصاتهم المتوقعة حول وفاتهم مما كـانوا عليـه عـام 1976[59].

4. المستشفى التأميني Insurance Hospital

لأن بعض المجتمعات تسعى لتقديم رعاية طبية بأجر زهيد، انتعشت الدراسـات

التنظيمية والاجتماعية حول التنظيمات الطبية التأمينية كمحاولة لتطوير خدماتها ولحل مشكلاتها ومشكلات المرضى معها، كالبحث الذي أجرته فرجينيا ولكوكس وجيفري روبن Virginia Wilcox & Geffery Rubin 1994 بعنوان "التامين الصحي لدى المسنين"، وأوضحا فيه إن برامج الرعاية الطبية في الولايات المتحدة تقدم تأميناً صحياً أساسياً يغطي 10٪ من جملة السكان (حوالي 30 مليون فرد)، وتستهلك 20٪ من جملة ما يصرف على الصحة في الولايات المتحدة. في مقابل ذلك يدفع المستهلكون بعضاً من تكلفة هذه الخدمة، سواء في شكل ضرائب أو في صورة أقساط شهرية أو سنوية، واستفادتهم منها رغم هذا ضعيفة. ولهذا يرى الباحثان ضرورة البحث في هذا النظام التأميني المدفوع الأجر، خاصة للفئات الاجتماعية التي لا تستطيع دفع أجور علاجها فيها، وكيفية اتخاذ القرار في الانتقال من الخدمة المجانية أو الزهيدة الأجر للخدمة المدفوعة الأجر. وقد استعانا بمتغيري "المكانة الصحية" و"الحدود الوظيفية"، وبعض المتغيرات الأخرى كالعمر، والعرق، والدخل، والتعليم، وعدد أفراد الأسرة في توضيح كيفية اتخاذ قرار الاستعانة بالمستشفيات التأمينية [60].

5. العيادات الطبية المتخصصة: Special Medical Clinics

من المجالات البحثية التي تطورت نحوها الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية مجال دراسة الوحدات التنظيمية الطبية الصغرى كدراسة العيادات الطبية، سواء المنتمية لوحدات تنظيمية كبرى كالمستشفيات أو المراكز الصحية أو العيادات الطبية الخاصة في بعض المجتمعات. والجديد في مثل هذه الدراسات ليس في تحديد دورها العلاجي والوقائي في المجتمع، وكيفية قيامها بدورها التثقيفي الصحي، ولكن في علاقتها بالظواهر المرضية في المجتمع، والبحث عن الأسباب الاجتماعية لانتشار مرض ما بمعدلات تفوق المعتاد، والنماذج الثقافية الصحية التي تدعم مثل هذا الانتشار، أو البحث عن أفضل الوسائل الاجتماعية والثقافية لرفع مستوى الوقاية من هذا المرض. ويبدو لنا أن مثل هذه الأبحاث تنظر لهذه "العيادات" باعتبارها بديلاً تنظيمياً عن المستشفيات الكبرى التي قد لا تقوم بهذه الأدوار، وتحتاج لميزانيات كبيرة للقيام لذلك، وقد تعتبر بديلاً اجتماعياً عن الأدوار غير الجيدة التي تقوم بها التنظيمات الاجتماعية غير المؤهلة للقيام بهذا الدور الطبي. من هذه الأبحاث ما قام به "يوجيني

مـاكراي وآخـرون Eugene Mccray & others 1990 في بحـث بعنـوان "اختبـار مستويات فيروس فقدان المناعة البشرية بين مرضى عيادات السل الرئوي". ورغـم مـا يبدو على البحث من علامات بحثية طبية، إلا أن القـائمين بـه قـد ربطـوا بـين البيئـة الاجتماعية الـتي تنتـشر فيهـا مـرض الإيـدز (AIDS) نتيجـة للانحرافـات الـسلوكية للأفراد، كما بحثوا في الظـروف المعيـشية (البيئـة الاقتـصادية) الـتي تزيـد مـن انتـشار أمراض كالسل الرئوي فيما بينهم. وهذا ما دعـاهم لدراسـة سـلوكيات مثـل هـؤلاء المرضى، والاستعانة بمن يقدرون على تعديلها ببرامج تعليم خاصة بالوقاية والـسيطرة على المرض [61].

6. المراكز الصحية: Health Centers

درس العديد مـن علمـاء الاجتمـاع الطـبي والـصحة العامـة "المراكـز الـصحية" باعتبارها مـن الأشـكال الحديثـة للتنظيمـات الطبيـة الـتي دعـت لوجودهـا تغـيرات المجتمعات الحديثة خاصة ما يتعلـق بـدورها العلاجـي في المجتمعـات الناميـة والمحليـة، وعلاقتها بالبيئة المحيطة بها [62]. ولكنها اتخذت حديثاً مسارات بحثية تقويميـة يـتم فيهـا الربط بين التدرج المجتمعي وخدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقـدمها، كالدراسـة التي قامت بها "لوسـي جلـسن" Lucy Gilson 1994 في منطقـة "مـوروجرو" في "تنزانيـا"، حيث اعتبرت التدرج الاجتماعي عنصراً مهماً لنوعية الرعاية الصحية المقدمة، فعـادة ما تحدد حصول المريض على العلاج، وتؤثر على مدى فعالية الرعاية. وتـرى المؤلفـة أن الدول النامية عادة ما تأخذ القليل من دلالات التدرج الاجتماعي لمرضـاها، وقـد لا تهتم بذلك في تخطيطاتها العلاجية والوقائية، وهذا ما ينتج عنه مجموعـة مـشكلات كالتي تنتج عن انخفاض جودة الرعاية الطبية المقدمة، وهذا يرجع لفشل التنظيم الطـبي والعاملين فيه في فهم طبيعة المرضى الاجتماعية، وطبيعة الأدوية التي يجب أن تـصرف لهم. وترى "لوسي جلسن" أن الرعاية الصحية التي تقدمها الكنائس عبر المراكز الـصحية الملحقة بها أفضل من الرعاية الصحية الحكومية، والمراكز الـصحية أفـضل قلـيلاً عـن المـستوصفات الطبيـة، مـع الوضـع في الاعتبـار الاخـتلاف في الأحكـام المجتمعيـة والدلالات الواضحة للنوعية الفقيرة من الرعايـة الـتي تقـدمها هـذه المراكـز الـصحية الملحقة بالكنائس. لهذا فهي تـرى أن اسـتخدام كلمـات القـرويين ذاتهـم، وخـبراتهم

سيضعنا أمام بؤرة اهتمام بالمشكلات والخبرات المتصلة بالرعاية الصحية، ويحدد لنا الدروس التي يجب تعلمها والتخطيط في ضوئها لهذه المراكز [63].

وظهور الأهمية التنظيمية لهذه المراكز الصحية هو ما أوجد دراسات حديثة حول أشكال هذه المراكز والأدوار المختلفة التي يجب عليها القيام بها، كالمراكز الصحية الأكاديمية ودورها في الصحة المجتمعية، ومنها دراسة "جون نوتون وجوس إى فانا 1994" Ghon Naughton & Joce. E. Vana حيث أشارا في بحث بعنوان "المراكز الصحية الأكاديمية ودورها في الصحة المجتمعية" إلى أهمية الدور القيادي الذي تقوم به هذه المراكز في المدارس الطبية التابعة لها، والمستشفيات التعليمية التي تدرب طلابها، من تعليم وتدريب للأطباء وتأثيرات ذلك في نوعية وتكلفة رعاية المرضى. ويلاحظ أن التعاون بين المستشفيات ومراكز التأمين الصحي، والحكومة، ومراكز التجارة، والأطباء يفيد تلبية الاحتياجات المجتمعية، ويقلل ازدواجية المصادر والخدمات، خاصة عندما تتكاتف هذه الجهود في تقديم الرعاية الصحية في المناطق الريفية. ويشير الباحثان إلى أن إعادة تشكيل الرعاية الصحية المقدمة من هذه المراكز الصحية الأكاديمية يستلزم ثلاثة تغيرات في تعليم الأطباء. أولاً: التأهيل الاجتماعي الصحيح للتعليم الطبي يجب أن يتم تبعا لاحتياجات المجتمع، خاصة ما يتعلق بالأطباء الممارسين العموميين والأطباء المتخصصين. ثانياً: جانب من هذا التعليم يجب أن ينقل لمكان عمل وإقامة الأفراد (المدن الداخلية، القرى الداخلية) فهذا سيغير من مهام الأطباء. ثالثاً: يجب تغيير أدوار هذه المراكز تبعا لتغير المتطلبات الصحية للمجتمع عموماً[64].

القسم الرابع: رؤية نقدية للاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية

شهدت دراسات التنظيمات الاجتماعية تطوراً في اتجاهاتها النظرية أثمر عن ثلاثة اتجاهات أساسية هي: الاتجاه البنائي الوظيفي، واتجاه النسق الفني، والاتجاه النفسي الاجتماعي. الاتجاه الأول: ينظر للتنظيم كنسق اجتماعي يتألف من أنساق فرعية مختلفة كالجماعات والأقسام الإدارية. وهو في نفس الوقت يعتبر التنظيم نسقا فرعيا لنسق اجتماعي أكبر هو المجتمع. ولكي يستمر هذا التنظيم يلزمه مجموعة

متطلبات وظيفية، منها المواءمة وتحقيق الهدف والتدعيم والتكامل والكمون. أما الاتجاه الثاني فينظر للتنظيم بوصفه نسقا اجتماعيا ترتبط فيه التكنولوجيا بعواطف الأفراد وكلاهما يرتبط بالبيئة. لهذا فالتكنولوجيا والبناء الرسمي يحددان درجة الإشباع وشكل العلاقات المتبادلة بين الجوانب الرسمية وغير الرسمية في التنظيم، والأبعاد التنظيمية والبيئية. أما الاتجاه الثالث فينظر للتنظيم عبر حاجات ودوافع أعضاء التنظيم الشخصية وكلاهما يؤثر على سلوك الأفراد ويشكل مناطق للصراع بين الفرد والتنظيم، ويؤثر على إنجاز التنظيم لمهماته الأساسية، ويخلق تنظيمات غير رسمية عديدة [(65)].

وكان لعلم الاجتماع الطبي إسهاماته المنهجية التي يمكن من خلالها دراسة التنظيمات الطبية (المستشفى)، منها منهج الخبرة الطبية العلاجية ويقوم على الاستفادة من الخبرات الطبية والاجتماعية التي يكونها الأطباء أثناء ممارستهم لعملهم الطبي، ومنهج دراسة المرض وتفسير أسبابه، وهو يقوم على معرفة أكثر المرضى عرضه لمرض معين وتحت أي ظروف ولماذا؟، ومنهج دراسة معدلات الوفيات وفيه يدرس العلماء تأثير العوامل البيولوجية والبيئية والاجتماعية والثقافية التي تسبب الاختلاف في معدلات الوفيات. ومنهج دراسة معدلات المرض، وفيه يحاول العلماء معرفة العلاقة بين العوامل الاجتماعية ومعدلات الإصابة بالمرض. وأخيراً هناك النموذج المنهجي للانتخاب الاجتماعي وفيه يحاول العلماء معرفة المسببات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وراء سلوكيات الأفراد المرضية [(66)]. وحديثاً اتجهت دراسات هذه التنظيمات نحو دراسة التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة، واستعارت موضوعاتها من العلوم الطبية وضمتها إلى دراسات علم الاجتماع الطبي.

وانطلاقاً من الاتجاه البنائي الوظيفي حللت هذه الاتجاهات الحديثة علاقة التنظيمات الطبية بالبيئة المحيطة بها من خلال التغيرات الحياتية التي تؤثر على الصحة العقلية للأفراد في الأقطار النامية، فأشارت لعلاقة واضحة بين التحضر ومثل هذه الأمراض (ترودى هارفام 1994). ودرست أيضاً الدعم المالي الحكومي للرعاية الصحية التي تقدمها، ورأت إمكانية إعادة تشكيل اقتصاديات هذه التنظيمات وإعادة هيكلة أجور العاملين فيها، أصبحا من ضرورات ملاحقتها للتغيرات في تكلفة تقديم

هذه التنظيمات لخدمتها (مارسيا ويفر وآخرون 1994). أما عن المواءمة وتحقيق الهدف فقد تركزت جهود جماعة من أصحاب هذا الاتجاه حول تقييم أدوارها العلاجية والتثقيفية، والمشكلات التي تعوق تقديمها لها، خاصة الأمر الخاص بتأثير الاختلافات الاجتماعية للأفراد على نماذج توزيع واستفادة الأفراد من هذه الرعاية (جيمس م. روبير، هاورد اى. موسبرج 1977).

أما عن بحث العلماء عن التكامل الوظيفي للتنظيم الطبي، ونظرة الاتجاهات الحديثة للأنساق الفرعية فيه، فكان هذا المطلب أكثر المناطق البحثية ثراء بهذه الاتجاهات. ونعتقد أن الاتجاهات الحديثة في علم الاجتماع الطبي قد استفادت من ذلك في دراسات علوم الصحة العامة، والصحة المهنية والبيئية، حيث ناقشت دور وحدات الصحة العامة في برامج الوقاية الصحية في المجتمع (فرانسوا شامباني وآخرون 1993)، وناقشت أيضاً المحددات التنظيمية والبيئية لأدائها، ودرست تأثير المنح الفيدرالية على المدارس الطبية التي تخرج أطباء الرعاية الصحية الأولية (روجرأ.زوزبنلات وآخرون1993)، ودرست الدور الذي يلعبه القانون الصحي والمهني والبيئي في استمرار التعليم الطبي (تلما كاشنر وآخرون 1996)، ودور المدارس الطبية في تشكيل اتجاهات الأطباء نحو مرضاهم ونحو الرعاية الطبية المقدمة (جورج اى. ديكنز، روبرت اى. كونير 1994)، والدور الذي تلعبه المدارس الطبية الملحقة بالجامعات والكليات الطبية. كما درست هذه الاتجاهات دور العيادات الطبية المتخصصة في نشر الثقافة الصحية الوقائية وتعديل سلوكيات الأفراد المرضية (يوجيني ماركراي وآخرون 1990). هذا إضافة لدراسة كيفية نشر التأمين الصحي ومستشفياته بين المرضى المحتاجين لذلك (فريجينا ولكس، جيفري روبن 1994). ودراسة سوسيولوجيا الوقت والمكان في مستشفيات النساء والتوليد (وليم روزنجرن، سبنسر دي. فولت 1978)، ودراسة التدرج الاجتماعي وخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المراكز الصحية (لوسي جلسن 1994).

ولعل مطلب الكمون الوظيفي للتنظيمات الطبية لا يقل أهمية عن مطلب التكامل الوظيفي لها، لهذا كان البحث في الظروف الداخلية للتنظيمات الطبية التي قد تحافظ على ذلك أو تعوقه، ولتميز تقسيم العمل في هذه التنظيمات دور مهم في ذلك،

هذا الدور جعل الاتجاهات الحديثة تبحث في الشكل غير الطبيعي لهذا التقسيم في التنظيمات الطبية (جورج اى. فراير 1991)، وتبحث في تأثير التكنولوجيا على تغير هذا النظام في المجتمع الحديث (مايك دنت 1990)، وتبحث في تأثير العرق والمكانة الاجتماعية للفرد على الدخول لمستشفيات القلب التي تستخدم تكنولوجيا عالية التطور (جان بلوشتاين وآخرون 1995).

أما عن اتجاه دراسة النسق الفني للتنظيمات الطبية، فقد استطاع أصحابه سد جانب من جوانب القصور في الاتجاه البنائي الوظيفي خاصة ما يتعلق بتأثير التكنولوجيا الطبية المتطورة على البناء الرسمي لهذه التنظيمات وتحديد ذلك لدرجة إشباع الأفراد من كليهما. طرح هذا الاتجاه مفهومات كالاستجابات غير المرضية للرعاية المقدمة من هذه التنظيمات (سارا كارمل 1988)، ومفهوم رغبات المرضى للمعرفة الصحية (ساندرا ك. جوز وآخرون 1993)، ومفهوم الاختيار الاجتماعي لنمط الرعاية الطبية (فيكتور فاكس 1975)، ومفهوم العدالة الاجتماعية في توزيع الرعاية الطبية ومراعاة احتياجات الأفراد في ذلك (أليمو كسلماكي وآخرون 1995)، وجميعها حاولت دراسة درجات إشباع الأفراد من التنظيمات الطبية، وتأثير التكنولوجيا في ذلك.

ولقد شكلت العلاقات المتبادلة بين التنظيم الرسمي، والتنظيم الطبي غير الرسمي قدراً كبيراً من اهتمامات أصحاب هذا الاتجاه، خاصة ما يتعلق بالطب الرسمي والطب الشعبي، فقد درس كيفية التنشئة المهنية للقابلات باعتبارهن إحدى مكونات التنظيم الطبي الشعبي (سيسيليا بنوت 1989)، ودرس الخدمات الصحية المقدمة من الممارسين الشعبيين في الريف ومقارنتها بما يحدث في الحضر (ليوشاي وآخرون 1994)، ودرس الأسس الثقافية للتنظيمات العلاجية الشعبية وتأثير اللغة والدين والقبلية على تقديمها لخدمتها الطبية (ستيفن فيرمان، وجون م. جانزن 1992)، ودرس كيفية التعاون بين التنظيمات الطبية الرسمية وغير الرسمية لتنشيط وإثارة المجتمع للوقاية من المرض (توماس م.كيتنر وآخرون 1993)، ودرس فقدان الثقة التي يحسها أفراد مجتمع مع التنظيمات الرسمية وزيادتها مع التنظيمات الطبية

الشعبية (دافيد ميكانيك 1996)، ودرس كيفية إجراء تخطيطات وتغييرات اجتماعية وصحية عن طريق هذه التنظيمات الرسمية (باري شيكوواي 1981) وغيرها.

وعموما نعتقد أن أصحاب هذا الاتجاه وإن حاولوا علاج ثغرات الاتجاه البنائي الوظيفي فإنهم لم يطوروا كثيراً في أدواتهم البحثية عما استخدمته دراسات علم الاجتماع الطبي الأولى. فقد ناقش "دافيد تاكيت" و"جون أ.دنتن"، و"جارتلي" نفس هذه الموضوعات، ربما الفارق الواضح بينهما أن الدراسات الأولى جمعت الكثير من هذه الموضوعات مع بعضها، أما الدراسات الحديثة لهذه التنظيمات فقد اقتصرت على دراسة جوانب معينة منها أو جانبا واحد منها في كل بحث، وهذا لا ينفي عنها تطويراتها في دراسة تأثيرات التكنولوجيا الطبية المتطورة، خاصة في وحدات القلب والرعاية المركزة والكلى الصناعية، والتي يتضح فيها إدخالهم للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية في دراستهم لها، لهذا نراها تخدم الدراسات التنظيمية الطبية أكثر من خدمتها للأطر النظرية الحديثة لعلم الاجتماع الطبي في دراسة هذه التنظيمات الطبية.

التطور السابق رغم طابعه التجزيئي كان مهما لباحثي الاتجاه الإداري الحديث في دراسة هذه التنظيمات، لأنه ساعدهم على دراسة النماذج الجغرافية لدخول المرضى في المستشفيات المتعددة الغرض طبيا وتكنولوجيا (مارجريت هيجنز رادانى، هارولد س.لوفت 1993)، وساعدتها على دراسة معدلات الوفيات في التنظيمات الطبية المختلفة التجهيز بتكنولوجيا طبية متقدمة ومدى مصداقية البيانات المسجلة والمنشورة عن ذلك (جول رود، كارين جلانز 1991)، وساعدتها على دراسة تأثيرات دخول نظم البرمجة (الكمبيوتر) على تقديم الرعاية الطبية للمرضى في الأقسام الطبية المختلفة والوحدات الصحية المحلية (جيمس ستادنكى وآخرون 1994).

وأخيراً تناولت بعض هذه الاتجاهات الحديثة الجوانب السلوكية المرتبطة بالتنظيمات الطبية، سواء المتصلة بالعلاقات الإنسانية بين الأفراد العاملين فيها أو بينهم وبين المرضى المحتكين بهم، أو المتصلة بصناعة القرار في التنظيمات الطبية. وكلتاهما يشير لجوانب مهمة في إنجاز التنظيمات الطبية لدورها، ويشير للحاجات والدوافع الشخصية للأفراد العاملين فيها أو للمرضى المستفيدين منها، وهم في ذلك ينطلقون من

الاتجاه النفسي الاجتماعي في دراسة التنظيمات الطبية، الذي درسوا فيه علاقة أفراد هيئة التمريض بالمرضى (دافيد هيوز 1988)، ودرسوا رغبات المرضى وإشباعهم في عيادات الطب العامة (ساندرا ك. جوز وآخرون 1993)، ودرسوا اتجاهات الأطباء نحو الوفاة والمرضى المحتضرين (جورجي اي ديكسن وآخرون 1994)، ودرسوا ثقافة الإدارة العليا وتأثيرها على إنجاز التنظيم الطبي لدوره (م.ب. جيرونتس 1996).

ونلاحظ في أصحاب هذا الاتجاه اشتراكهم في كثير من أبحاثهم مع أصحاب اتجاه النسق الفني، خاصة ما يتعلق باستجابات الأفراد للرعاية الطبية، والسلوكيات المرضية. ورغم اختلاف النظرة بينهما إلا أننا نلاحظ تقارباً في نتائج كليهما للدرجة التي قد يصعب تمييز انتماء أحدهما لأي من هذين الاتجاهين. ونعتقد أن أصحاب هذا الاتجاه لم يستفيدوا جيداً من مفاهيم علم النفس الاجتماعي التي ينتمي لها اتجاههم، واعتمادهم على تأكيد انتمائهم هذا بوضع نماذج سلوكية للمعتقدات الصحية للأفراد. وهذا ما أبعدهم عن دراسة بناء التنظيمات الطبية، إلا فيما يخدم بحثهم في هذه النماذج.

ونعتقد أن هذا الاتجاه فيه عودة فكرية نحو الدراسات الأولى للصحة والمرض والسلوك، والمحاولات الأولى لوضع أسس نظرية لعلم الاجتماع الطبي. فما تم فيها من دراسات هو نفسه ما أورده ريتشارد م. ماجرو، دنيال م. ماجرو 1966 عن العلاقة بين الطبيب والمستشفى، والأطباء والمرضى، وعن دور المريض، ودور الطبيب، وما أوردته آن كارترايت 1967 عن الاحتكاك بين الأطباء والمرضى، والعلاقة بين الممارس العام والمستشفى، وحول بعض الاختلافات في اتجاهات المرضى نحو الرعاية، وبعض الاختلافات في رؤى الأطباء. كما أن فيه ملامح من دراسات السلوك التنظيمي الأولى خاصة دراسة "هاوثورن" حول تفسير اتجاهات العمال وسلوكهم. ربما كان التطوير الملحوظ في هذه الدراسات في اختيارها لسلوكيات مرضية لمرضى بعينهم (مرضى السل، مرضى القلب، مرضى السكر ..)، واختيار نوعيات معينة من التنظيمات الطبية المتخصصة أو الفرعية كنقطة انطلاق في دراسة اختلافات السلوك التنظيمي فيما بينهم. ونحن لا نرى فيها تطويراً مفيداً في الواقع، على الأقل للتنوع الشديد في هذه النماذج السلوكية بين المجتمعات، والتي قد يصعب فيها وضع علاجات واضحة

تشملها جميعها. لذلك نرى هذا الاتجاه أقل من الاتجاهين السابقين في درجة تطويره لأدواته البحثية وموضوعاته.

وعموماً فالاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية مازالت تسير في ركب المحاولات البحثية الأولى لها، بل وقريبة منها في تحليلاتها، فما أحدثته من تجديدات كان في محاولاتها تجديد نفسها بعيداً عن علم اجتماع التنظيم وقريبة من علم الاجتماع الطبي. كما أنها لا تهمل موضوعات وتحليلات علوم الطب لهذه التنظيمات. لذلك نلاحظ تشابهاً كبيراً في كثير من معالجات هذه الأبحاث، وأحياناً نلاحظ تداخلات في نقاط بحثية عديدة، هذه التشابهات والتداخلات هي ما جعلت الباحث يميل لتصنيفها تبعاً لقربها من الاتجاه الوظيفي، أو لقربها من اتجاه النسق الفني، أو الاتجاه النفسي الاجتماعي، واعتبرنا تحليلات الاتجاه الإداري، والطبي (الوحدات الطبية المتخصصة والصغرى) اتجاهين قائمين بذاتهما.

أما على مستوى الاتجاهات النظرية السابقة فنلاحظ عودة للدراسات الإمبيريقية المعتمدة على البيانات الكمية والتحليلات الإحصائية، وإن كان ذلك يستفيد منه التقدم العلمي في الحاسبات والتكنولوجيا الطبية المبرمجة، فإنه يعيدنا لمناقشات عقيمة بين الاتجاهات الكيفية والكمية في دراسة الإنسان، مع ملاحظة أن هذه الردة يصاحبها مماثلة للتنظيمات الطبية بالكائن العضوي (منهج سبنسر الفكري).

ولعلنا لا نهمل اتجاه هذه الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية نحو تطوير وعلاج أخطاء الاتجاهات النظرية الأم (خاصة البنائية الوظيفية). فثراء هذه الدراسات حول الأبعاد الثقافية، والتنظيمات الطبية المتخصصة والصغرى هو ما دعى بعض باحثي هذه الدراسات لمحاولة تشكيل اتجاه مستقل لها، يستفيد أكثر من دراسات علم الاجتماع الثقافي والأنثروبولوجيا الثقافية. فمنطقة الصراع الثقافي بين أفراد الهيئة الطبية والمرضى من الأسباب المهمة وراء تغير إنجاز التنظيمات الطبية وفعاليتها التنظيمية، بل قد يؤثر على نظام تقسيم العمل فيها. والتنظيم الطبي قد لا يستطيع بأحدهما تحقيق الكفاية التنظيمية والرشد اللازمين لتحقيق أهدافه، وهذا ما تناولته تلك الدراسات في كثير من أبحاثها كأبحاث (دافيد هيوز 1988، و م.ب. جيروتنس 1996، و د. بولدي وآخرون 1996). كما نلاحظ هذا جيداً في اهتمامهم بعلاقة ممارسي الطب الرسمي والتقليدي

(سيسيليا بنوت 1989)، واهتمامهم بتأثير الثقافة الصحية الشعبية على أداء التنظيمات الطبية الرسمية لأدوارها (ستيفن فيرمان وجون م. جانزن 1992) وغيرها.

وأكثر ما نراه مفيداً لعلم الاجتماع الطبي من هذه الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية تدعيمها لافتراضاته الأساسية خاصة ما يتعلق بقبوله لفكرة الحلول التكنولوجية للمرض، وقبوله للجانب الجزي في الطب، وتقليله للاعتماد على الخبرة الطبية الأوروبية والانتقال للخبرة الأفريقية [67]. فهذه الدراسات الحديثة تناولت تنظيمات أقسام الكلى وإدخال نظام الكمبيوتر فيها (مايك دنت 1990)، ودرست تأثيرات العرق والإقامة والمكانة الاجتماعية للفرد على تنظيمات مستشفيات القلب (جان بلوشتاين وآخرون 1995)، ولم تنف أهمية إعادة هيكلة أجور أفراد الهيئة الطبية، وسعيها للكسب أو الاكتفاء ذاتيا (مارسا ويفر وآخرون 1994)، كما اهتمت بتسعير الخدمة الطبية حتى لا تتحول مهنة الطب إلى وسيلة تكسب تضر بمصالح المرضى (اسبن دال 1989)، واهتمت بالخدمات الصحية التأمينية في الصين (جيل هندرسون وآخرون 1995) وغيرها.

أما عن الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية الصغرى أو المتخصصة فقد عالجت القصور في دراسة التنظيمات الطبية الحديثة، لكنها افتقدت البعد الاجتماعي الخاص بمتلقى الخدمة الصحية (المريض)، فأطباء تلك التنظيمات ليسوا المكون الوحيد المهم للنظر في الخدمة التي تقدمها، وتأهيلهم - وإن كان مهما - لا يستحق هذا الكم الكبير من الدراسات حول تنظميات التعليم الطبي الملحقة بالتنظيمات الطبية المختلفة (جورجي اى. ديكنز، روبرت اى. توينز1994،وروجر أ. روزنبلات 1993، وتلما كاشنر وآخرون 1996). لهذا يعتقد الباحث أن إضافة متغيرات كالمهنة أو المكانة الصحية، أو التدرج الاجتماعي كان من قبيل عدم الخروج على موضوعات علم الاجتماع الطبي الذي تنتمي دراساتهم له (لوسي جلسن 1994) و(فريجينا ولكوس، جيفري روبن 1994).

وأخيراً لا يرى الباحث دلالات واضحة للاستفادة الجيدة من المداخل المنهجية لعلم الاجتماع الطبي في الاتجاهات الحديثة لدراسة التنظيمات الطبية، خاصة منهج الخبرة الطبية العلاجية الذي قامت فيه بدراسة كيفية الاستفادة من خبرات الأطباء في

المستشفى في الاستشارة وتنشيط المجتمع لتحسين صحة أفراده (توماس م. ويكسر وآخرون 1993)، أيضاً درست آراء مستشاري المستشفى حول دخول مرضاهم لها، كذلك منهج دراسة المرض وتفسير أسبابه. وفيه اتجهت بعض هذه الدراسات الحديثة نحو دراسة أسباب لجوء مرضى القلب للمستشفيات المتقدمة تكنولوجياً (جان بلوشتاين وآخرون 1995)، والعوامل الثقافية المؤثرة على استخدام محلول الجفاف داخل المستشفى بين الأطفال المصابين بالإسهال (بتريشا م. هادلسون 1993).

أما منهج دراسة معدلات المرضى فلقد استخدمته الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية أكثر من غيره من هذه المناهج، خاصة فيما يتعلق بدراسة استجابات المرضى للرعاية الطبية المقدمة من هذه التنظيمات، والعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تؤثر على ذلك (سارا كارمل 1988، جين كوزاك وآخرون 1993، ايرك نورد، إسبن دال 1989، اليموكسكماكي وآخرون 1995). أما بالنسبة لمنهج الانتخاب الاجتماعي فلا نكاد نلحظ دراسة من الدراسات الحديثة أشارت لاستخدامها له. ونعتقد أن هذا مرجعه باحثو علم الاجتماع الطبي والذين لا يرونه منهجاً يصلح لجمع البيانات وإن كان يفيد في الاستدلال على المسببات الاجتماعية والثقافية لسلوكيات الأفراد المرضية. وأخيراً يبدو أن كثرة الانتقادات التي وجهت إلى منهج دراسة معدلات الوفيات قللت من استخدام الباحثين له، فلم نصادفه سوى في دراسة واحدة أشارت لكيفية الاستفادة منه في دراسة سلوك الإدارة الطبية داخل المستشفى تجاه وفيات المرضى فيها (جول رود، كارين جلانز 1991).

المراجع

1. هناك علوم أخرى شاركت في دراسة التنظيمات الطبية منها علوم الصحة العامة وقامت بدراسة التنظيمات الطبية المتخصصة كالمستشفيات العقلية وكيفية إدارة الخدمات الصحية، والمدارس الطبية والمراكز الصحية الأكاديمية، والتنظيمات الطبية الخاصة، وعلم الطب المهني والبيئي والذي درس تقديم التنظيمات الطبية لبرامج الصحة المهنية، والقانون الصحي، وهناك علوم الوبائيات التي درست الدور التعليمي الصحي لها في المجتمعات المحلية، هذا إضافة لدراسات علم الاجتماع الطبي، والأنثروبولوجيا الطبية وعلوم الإدارة.
2. دافيد سيلفرمان، الإطار السوسيولوجي لنظرية التنظيم، (ترجمة) عادل مختار الهواري، نهضة الشرق، القاهرة، 1980، ص ص: 19-21.
3. نبيل السمالوطي، الإيديولوجيا وقضايا علم الاجتماع: النظرية والمنهجية والتطبيقية، دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية، د.ت، ص ص: 360-361.
4. Almont Lindsey, Socialized Medicine in England and Wales, the University of North Carolina Press, U.S.A., 1962, p. 73, pp. 232-268.
5. Howard E. Freeman & Others, Handbook of Medical Sociology, Prentice Hall INC., U.S.A., 1963, pp. 299-314.
6. Richard M. Magraw & Daniel B. Magraw, Ferment in Medicine; A Study of essence of medical practice and its new dilemmas, W. B. Saunders Company, London, 1966, pp. 84-104.
7. Ann Cartwrigt, Patients and their doctors: A study of general practice, Routledge & Kegan paul, London, 1967, pp. 122-145.
8. Rodney M. Coe, Sociology of Medicine, Mc Graw – Hill Book Company, U.S.A., 1970, pp. 265-266.
9. Margaret E. Hardy & Mary E. Conway, Role Theory: Perspectives for health professionals, Appleton – Century – Crofts, New York, 1978, pp. 111-135.
10. David Tuckett, An Introduction to Medical Sociology, Tavistock Publication Limited, London, 1976, pp. 225-236.
11. Ibid, pp. 236-240

12. Ibid, pp. 240-249
13. John A. Denton, Medical Sociology, Houghton Mifflin Company, U.S.A., 1978, pp. 240-249.
14. E. Gartly Jaco, Patient, Physicians and Illness, A sourcebook in behavioral science and health, 3r ed., Collier Macmillan Publishers, London, 1979, pp. 1-9.
15. Ibid, pp. 345-362
16. تعرض العديد من الدراسات العربية لتعريف التنظيمات الطبية ضمن تحليلاتها للمستشفى أو لمجالات دراسة علم الاجتماع الطبي، منها:

- فوزية رمضان أيوب. علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، ص ص: 133-134.

- محمد علي محمد (وآخرون). دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1985، ص ص: 319-323.

- عبدالله محمد عبدالرحمن. معوقات البناء التنظيمي للمستشفى: دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990، ص ص: 43-48.

- نبيل صبحي حنا. الطب والمجتمع دراسات نظرية وبحوث ميدانية، الأنجلو المصرية، 1987، ص ص: 35-36، ص ص: 64-65.

17. عبدالله محمد عبدالرحمن. مرجع سابق، ص ص: 49-59.

18. Mike Dent, Organisation and Change in Renal Work: A study of the impact of computer system within two hospitals, Sociology of Health and Illness (Journal), Vol. 12, No. 4, 1990, p. 413.
19. George E. Fryer, The United States Medical Profession: An abnormal form of the Division of Labour, Sociology of Health & Illness (Journal), Vol. 13, No. 2, 1991, p. 213.
20. Peter Spurgeon & others, Health Services Management Research, Churchill Livignstone, New York, 1996, p. 69.

21. D. Boldy & others, Comparative Attributes of Effective Health Services Managers and Definitions of Organizational Effectiveness in Australia, the UK and the U.S.A, Op. Cit, pp. 1-3.

22. Ibid, pp. 7-8.

23. Jan Blusten & others, Acess to Hospitals with High-Technology Cardial Services: How is Race important?, American Journal of Public Health, Vol. 85, No. 3, March 1995, pp. 345-346.

24. Trudy Harpham, Urbanization and Mental Health in Developing countries: A Research Role for Social Scientists, Public Health Professionals and Social Psychiatrists, Social Science & Medicine (Journal), Vol 39, No. 2, 1994, p. 233.

25. Marcia Weaver & Others, Prospects for Reform of Hospital Fees in Sub-Saharn Africa: A case study of Niamey National Hospital in Niger, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 38, No. 4, 1994, pp. 565-566.

26. Sara Carmel, Hospital Patients Responses to Dissatisfaction, Sociology of Health and Illness (Journal), Vol. 10, No. 3, 1988, pp. 202-203.

27. Lola Jean Kozak & Others, Patterns of Hospital Use by Patients with Diagnosis Related to HIV Infection, Public Health Reports (Journal), Vol. 108, No. 5, September-October 1993, p. 517.

28. Nicky Britten, Hospital Consultants: Views of their Patients, Sociolagy of Health & Illness (Journal), Vol. 13, No. 1, 1991, p. 83.

29. David Hughes, When Nurse Knows Best: Some Aspects of Nurse-Doctor Interaction in a Casually Department, Sociology of Health & Illness (Journal), Vol. 10, No. 1, 1988, p. 1, p. 5.

30. Sandra K. Joos & Others, Patients Desires and Satisfaction in General Medical Clinics, Public Health Reports (Journal), Vol. 108, N. 6, November-December 1993, p. 751.

31. James M. Rosser & Howard E. Mossberg, An Analysis of Health Care Delivery, A wiley – Interscience Publication, New York, 1977, pp. 24-25, pp. 64-67.

32. Erik Nord & Espen Dahl, Research Note: Socio – Economic Status and the Use Public Hospitals in Norway, Sociology of Health & Illness (Journal), Vol. 11, No. 4, 1989, p. 409.

33. Ibid, p. 412, p. 415.

34. يقصد بهذا المفهوم ليس فقط تقديم الرعاية الطبية العلاجية للأفراد ولكن أن تصل هذه الرعاية لكل أفراد المجتمع وطوال الوقت وفي أفضل مستوى للرعاية، وهذا ما يستلزم تقسيم وتنظيم هذه الرعاية في مستويات محلية، وشعبية، وإقليمية، ومقاطعات. وقد أشار اريك دي. ونتر Eric R.de Winter 1972 في كتابه الخدمات الصحية لمستشفى مقاطعه في ملاوي أن هناك خطة يمكن بها تعديل نظام تقديم الخدمات الصحية في المجتمع، ويراعي فيها تواجد المركز الصحي المرجعي، والعيادات المتحركة والتي تقدم الخدمة الطبية العلاجية والتثقيفية في المنازل، وتخدم كل وحدة من هذه العيادات 2000 فرد، ولكل 25٪ منهم مركز صحي يخدمهم، ولكل 5٪ من المراكز الصحية مركز صحي فرعي. ارجع لتفصيلات في:

-Eric R.de Winter, Op. Cit., pp. 6-9.

35. Victor R. Fucks, Who Shall Live? Health Economics and Social Choice, Basicbooks, INC., publishers, U.S.A., 1975, pp. 79-81.

36. Ilmo Keskimaki & Others, Socioeconomic Equity Finnish Hospital Care in Relation to Need, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 41, No. 3, 1995, p. 425.

37. Patricia M. Hudelson, ORS and the Treatment of Childood Diarrhea in Managua, Nicargua, Social Science and Medicine (Journal), Vol. 37, No. 1, 1993, P.97.

38. Cecilia Benoit, the Professional Socialisation of Midwives: Balancing Art and Science, Sociology of Health & Illness (Journal), Vol. 11, No. 2,1989, p.160, pp. 175-176.

39. Neil Mckeganey, On the Analysis of Medical Work: General Practitioners, Opiate Abusing Patients and Medical Sociology, Sociology of Health & Illness (Journal), Vol. 11, No. 1, 1989, pp. 24-25.

40. Leiyu Shi & Others, A Rural - Urban Comparative Study of Non Physician Providers in Community and Migrant Health Centers, Public Health Reports (Journal), Vol. 109, No. 6, 1994, p. 809.

41. Steven Feierman & John M. Janzen, the Social Basis of Health and Healing in Africa, University of California Press, U.S.A., 1992, p. 12.

42. Ibid, pp. 13-14.

43. Ibid, p. 15.

44. Thomas M. Wickizer & Others, Activating Community for Health Promotion: A Process Evaluation Method, American Journal of Public Health, vol. 83, No. 4, 1993, p. 561.

45. David Mechanic, Changing Medical Organization and Erosion of Trust, Rutgers University, U.S.A., 1996.

46. Eliot Freidson, The Hospital in Modern Society, MacMillan Company, U.S.A., 1963, pp. 39-50.

47. Colin Grant, Hospital Management, Churchill living Stone, London, 1973, pp. 1-12, pp. 54-62.

48. Stephen Green, The Hospital: An Organizational Analysis, Blackie and Limited, London, 1974, pp. 84-107.

49. Margret Higgins Radany & Harold S. Luft, Estimating Hospital Admissian Patterns Using Medicare Data, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 37, No. 12, 1993, pp. 14-31.

50. Joel Rudd & Karen Glanz, A Survey of Newspaper Coverage of HCFA Hospital Mortality Data, Public Health Reports (Journal), Vol. 106, No. 5, 1991, p. 517.

51. James Studnicki & Others, Analyzing Organizational Practices in Local Departments, Public Health Reports (Journal), Vol. 109, No. 1994, p. 485.

52. هناك دراسات عديدة أجريت على المستشفيات العقلية خاصة ما يتعلق بأنماط العلاقات التفاعلية بين المرضى وأفراد الهيئة الطبية، وإعادة تأهيل الأفراد اجتماعياً، والأسباب الاجتماعية وراء الإصابة بمثل هذه الأمراض، والفرق بين المريض عصبياً، والمريض عقلياً ونفسياً، وتأثير التغيرات السريعة في المجتمع في خلق هذه الأمراض وغيرها، مما نورد مثالاً له في دراسة أي . فولر تروي 1995 E. Fuller Torrey بعنوان السجون والمعتقلات كمستشفيات أمريكية جديدة للأمراض العقلية. ويعتبر المؤلف هذه السجون مصدراً للاضطرابات النفسية

التي تؤدي لأمراض عقلية، حيث حصل 14٪ من الرجال في سجون سان ديجيو، و25٪ من النساء فيها على علاجات نفسية. ويشير المعاونون العلاجيون على أن مثل هذه السجون قد أصبحت الخط الأساسي لتقديم خدمات الرعاية النفسية في مستشفيات المجتمع الأمريكي: ارجع للمخص عن ذلك في:

-E. Fuller Torrey, Jails and Prisons - American's New Mental Hospitals, American Journal of Public Health, Vol. 85, No. 12, 1995, p. 1611.

53. David Tuckett & Joseph M. Kaufert, Basic Reading in Medical Sociology, Tavistock Publications, London, 1978, pp. 119-203.

54. Francios Champagne & Others, Organizational and Environmental Determinants of the Performance of Public Health Units, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 73, No. 1, 1993, p. 85.

55. يلاحظ ظهور دراسات فرعية تخدم المناهج العلمية للمدارس الطبية وتنادي بتغيير الصيغ العلمية لمناهجها كالدعوة للطب الاجتماعي والطب البيولوجي ووضعه في الإطار الثقافي الملائم له في هذه المناهج، كالدراسة التي قامت بها "ماري جو دلفكشيو جود 1995" بعنوان "الدراسات الثقافية للطب البيولوجي: برنامج للبحث"، ارجع للتفاصيل في:

-Mary Jo Delevecchio Good, Cultural Studies of Biomedicine: An Agenda for Research, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 41, No. 4, 1995, p. 461.

56. Roger A. Rosenblatt & Others, The Effect of Federal Grants on Medical Schools Production of Primary Care Physicians, American Journal of Public Health, Vol. 83, No. 3, 1993, p. 322.

57. Charles Timothy Lucey, What Role Does Occupational and Environment Health law Have in Graduate and Continuing Medical Education?, Journal of Occupational and Environment Medicine, Vol. 38, No. 2, 1996, p. 169.

58. Talma Kushnir & Others, A Graduate Course in Work Site Health Promotion for Occupational Health Practitioners, Journal of Occupational and Environment Medicine, Vol. 38, No. 3, 1996, p. 284.

59. George E. Dickinson & Robert E. Tournier, A Decade Beyond Medical School: A Longitudinal Study of Physician's Attitudes Toward Death and Ill Patients, Social & Medicine (Journal), Vol. 38, No. 10, 1994, p. 1397.

60. Virginia Wilcox-Gok & Geffery Rubin, Health Insurance Among the Eldery, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 38, No. 11, 1994, p. 1521.

61. Eugene Mccray & Others, Estimating HIV Levels and Trends Among Patients of Tuberculosis Clinics, Public Health Reports (Journal), Vol. 105, No. 2, 1990, p. 135.

62. Bengamin D. Paul, Health, Culture and Community: Case Study of Public Reactions to Health Programs, Russell Sage Foundation, New York, 1955, p. 325.

63. Lucy Gilson & Others, Community Satisfaction with Primary Health Care Survices: An Evaluation Undertaken in the Morogro Region of Tanzania, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 39, No. 6, 1994, p. 767.

64. John Naughton & Jace E. Vana, The Academic Health Center and the Healthy Community, American Journal of Public Health, Vol. 84, No. 7, 1994, p. 1071.

65. السيد الحسيني. النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، ط3، دار المعارف، القاهرة، 1981، ص ص: 71-148.

66. محمد علي محمد (وآخرون). مرجع سابق، ص ص: 101-117.

67. ديريك ج. جيل. اندروس، تـوادل. علـم الاجتماع الطـبي: مـاذا يعنيـه هـذا الاسم؟، (ترجمة) جمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، مركز مطبوعات اليونسكو، القاهرة، 1978، ص ص: 15-17.

الفصل الثالث
الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي(*)

الطب الشعبي وماهيته

يعد فرعاً من فروع الأنثروبولوجيا الطبية، وهو وليد الاهتمام من جانب الأنثروبولوجيين بالأنساق الطبية التقليدية للشعوب غير الغربية، وقد سجل كليمنتس 229 دراسة في هذا المجال من خلال مسحه للمعتقدات الخاصة بحدوث المرض، وقد أعطى علماء الأنثروبولوجيا اسما رسميا للطب الشعبي وجعلوه جزءا من تخصصهم. ومعظم مقالات الأنثروبولوجيا الطبية لا تتناول المجتمع الغربي ولكنها تتناول جماعات مثل النافاهو، والآباتش، والسوليتيك، والبيلاجا بأمريكا، وهنود جواتيمالا وغيرهم من المجتمعات القبلية البدائية. وحتى اليوم فإن الدراسات الثقافية المقارنة هي السمة الرئيسية للأنثروبولوجيا الطبية، تلك السمة التي تميزها عن علم الاجتماع. ويتناول طب السلالات أو الطب العرقي الممارسات والتقاليد الطبية وطرق العلاج المختلفة التي تعتقد في الطب الشعبي وتمارسه.

ويرى "فوستر" أن الطب الشعبي مجموعة متنوعة من الخبرات والمعلومات الناجمة عن الملاحظة الفضولية للأنثروبولوجي الذي يجمع الوسائل والأساليب التي يستخدمها أعضاء المجتمع لعلاج مرضاهم. وعرف "جيمس كير كيلاند" الطب الشعبي التقليدي على أنه تلك المعتقدات والممارسات المرتبطة بالمرض والتي تنتج عن تطور التشخيص الثقافي البعيد عن الإطار التصوري للطب الحديث.

وقد حاول جيمس كير كيلاند وزملاؤه أن يفحصوا ويملأوا الفجوة في تراث الطب الشعبي في نورث كارولينا وفيرجينيا، وقد قدمت دراساتهم رؤية واسعة عن

(*) كتبت هذا الفصل الدكتورة أليس اسكندر بشاي.

الرعاية الصحية الطبية البيولوجية المعاصرة وأيضا الطب الشعبي، وأوضح كيف أن الطب التقليدي أو الشعبي غالبا ما يقترن بالطب البيولوجي السائد، وأنه يعبر عن المغزى المتوارث للمعرفة الذاتية والنابعة من معتقدات المرضى. أي أنه يتكون من المعتقدات التقليدية عن العلاج والوسائل المستخدمة في الثقافات الماضية عن طريق هؤلاء الذين ارتادوا واعتقدوا أنهم يملكون موهبة العلاج، وهو جزء من القيم والمعرفة الثقافية، وبذلك يكون نسقا قائما على النماذج التقليدية لأنماط السلوك والميول تجاه المرض، وبعض الممارسات التي تنبع من المعتقدات الدينية، والتي تستخدم لتلطيف وتخفيف حدة المرض من أجل الاحتفاظ بالتوافق والانسجام بين هؤلاء الناس المرضى فيزيقيا أو عاطفيا أو كليهما.

وتنتشر فنون الطب الشعبي على مدى واسع بين أعضاء الثقافة، وعادة تسلم من جيل إلى جيل عن طريق الكلمة الشفوية. وعموما فإن هذا النسق يكون مرنا بحيث يسمح بإدخال أفكار جديدة حول المرض، وممارسات الشفاء، والتي افترض الكثير منها في الطب الكلاسيكي والطب الحديث.

والطب الشعبي له مسميات متعددة في الدراسات، فالبعض يطلق عليه الطب الفولكلوري أو الطب الشعبي، أو الثقافة الصحية الشعبية، والطب البدائي أو الطب التقليدي، الطب العرقي أي طب السلالات، الطب المألوف، طب الركة "الخزعبلات" و "الوصفات الشعبية الركيكة". وقد ميز بولجار عام 1962 بين الثقافة أو المعرفة الطبية التي يختص بها ممارس مهنة الطب عن الثقافة الطبية الشعبية للعامة. وضمن "بولجار" المعالجون الشعبيون بين الفئة الأولى، بينما نجد "ليل" يميز بين الثقافة الصحية الشعبية التي تقع على كاهل المعالجين الشعبيين، وبين الأطباء.

والبعض يميز بين الطب البدائي على اعتبار أنه يعتمد على الممارسات السحرية والقوى فوق الطبيعية لممارسة العلاج وبين الطب الشعبي الذي يعرفه "ليل" بأنه معتقدات وممارسات طبية تنتشر بين الناس، وهناك متخصصون في ممارسة هذا النوع من العلاج. أما "دون يودر Don Yoder" فقد ميز بين فرعين من فروع الطب الشعبي:

الفرع الأول: الطب الشعبي الطبيعي Natural Folk Medicine وهو يتخذ مسميات متعددة كالطب الشعبي النباتي أو العشبي Herber Folk. ويذهب "يودر" إلى أن هذا الفرع يعكس رد فعل الإنسان أو استجابته لبيئته الطبيعية، والتي يلجأ فيها لاستخدام الأعشاب والنباتات والمعادن في علاج أمراضه.

أما الفرع الثاني: فهو الطب الشعبي الديني السحري Magic – Religious أو ما يعرف أحيانا بالطب الغامض أو النظرة ما قبل العلمية Pre – scientific.

ولقد اعتبرت "فاتن الحناوي" الطب الشعبي الساحلي ضمن الطب الشعبي الطبيعي، إذ أن عناصره طبيعية بالدرجة الأولى، وإن كانت غير نباتية أو عشبية. وفي دراستها "الطب الشعبي الساحلي" قننت مفهوماً إجرائياً للطب الشعبي مؤداه أنه جميع الممارسات العلاجية والوقائية التقليدية التي يواجه بها الصيادون وأسرهم مشكلاتهم المرضية في نطاق الأسرة باستخدام عناصر طبيعية من البيئة الساحلية كالأسماك، وبعض أجزاء من الحيوانات والطيور البحرية والصخور والحشائش والأعشاب البحرية فضلا عن استخدام ماء البحر ورماله وصخوره وهوائه في إجراء بعض هذه الممارسات العلاجية.

وتعرفه "حصة السيد رفاعي" بأنه نوع من المأثورات الشعبية الذي يعتمد على تراكم خبرات متوارثة يتداولها الناس بالملاحظة والتقليد. وقد تسقط بعض حلقاتها عبر الزمان والمكان، وقد تضاف حلقات جديدة تدل على التجديد والابتكار. علاوة على أنه يضم الأمراض التي تحدث بفعل الحسد والعين الشريرة، والقوى غير المنظورة، وكيفية التخلص منها. وهو فرع من فروع العادات والمعتقدات، كما أنه من أشكال التعبير الفولكلوري، وهو بقايا انتقلت مع الإنسان من البدائية إلى الحضارة واستمرت عبر الزمن.

نشأة الطب الشعبي

يرجع تاريخ الطب الشعبي إلى زمن قديم حيث كانت الطبيعة هي المستودع الأول لكل من الإنسان والحيوان في استغلال مكوناتها العشبية في الوقاية من الأمراض وحفظ الصحة، فإذا مرض الفرد يستطيع أن يجد في الطبيعة الدواء المناسب

له، فهي مزودة بكميات كبيرة من الأدوية. ولا شك أنه عن طريق الملاحظة والتجربة والمحاولة والخطأ تكونت الطبيعة العلمية للطب الشعبي. وإن كان الطب الشعبي يتضمن بعض الخرافات، فلا شك أن سبب استمرارها يرجع إلى أنها جزء من التراث من ناحية ومن ناحية أخرى نظرا لما توفره لممارسيها من طمأنينة وراحة نفسية.

وتنحدر المعارف التي تكون الطب الشعبي من إطار الثقافة الشعبية، وليس من إطار الطب الحديث. وقد أثبت التحليل العلمي أن بعضها يتسم ببعض الكفاءة العلمية، فهو طب العامة من أعضاء المجتمع. ويرى "سوليبان" أن الطرق البدائية تعيش جنبا إلى جنب مع الوسائل الحديثة، وكثير من الحضريين ما زالوا يعتقدون في الطبيب الشعبي كما ذكر "نبيل صبحي" في مقال الطب الشعبي: دراسة لكتاب طب الركة.

أي أن الطب الشعبي كان الوسيلة الوحيدة للتداوي في الماضي، فحينما يمرض الناس أحيانا لا يزورون الطبيب، وبدلا من ذلك يعالجون أنفسهم بأنماط من العلاج تعلموها واكتسبوها من والديهم أو أجدادهم. ومنذ عام 1800م استخدم بعض المعالجين لعلاج مرضاهم ما يسمى اليوم بالطب الشعبي، فوصفوا قائمة من الأمراض وطرق علاجها. ومن بين هذه الأمراض احتقان الزور والبرد الذي وصف له أن يقدم للمريض شراب مصنوع من جذور الفجل الحار والسكر، أما علاج الأسنان فيوضع خليط من روح الكافور وزيت القرنفل وفص الثوم على قطعة من القماش وتربط على وجه المريض.

طرق العلاج التقليدية

يقول "أمين رويحة" إن عوامل الشفاء ليست موجودة في الأدوية فقط، بل إن أهمها وأكثرها فاعلية يكمن في الجسم نفسه، وهي عوامل تحافظ على صحة الجسم السليم من الأمراض وتعيد الصحة إليه حينما يصاب بالمرض.

وفي كل جسم طبيب ذاتي لا يخطئ التشخيص مطلقا، وصيدلية تحوي العديد من العوامل الشافية من الأمراض. فعندما يصاب عضو في الجسم بجرح أو بمرض يمتنع عن الحركة، وبذلك تنصرف الطاقة الحيوية في العضو المصاب بكليتها إلى مكافحة الأضرار التي نجمت عن الإصابة. وعلى سبيل المثال إذا أصيب الجسم بخراج

في جزء من أجزائه، فإن الأوعية الدموية والشعيرات الدقيقة تتسع في المنطقة وتزداد كمية الدم فيها، ويحمل هذا الدم العوامل التي تقضي على الجراثيم وسمومها.

وهناك بعض الدراسات التي اهتمت بجسم الإنسان، ودورة الحياة التي يمر بها، ومعتقداته حول الجسم، وما قد يصيبه، والممارسات من أجل حمايته، ووقايته، أو من أجل شفائه في حالة المرض. ومن تلك الدراسات التي وضعت العديد من التساؤلات المتعلقة بدورة حياة الإنسان خلال سني حياته (الجزء الثالث من الدراسة العلمية للعادات والمعتقدات والتقاليد الشعبية). أي خلال دورة الحياة وما يتعلق بها من إجراءات وممارسات، فعلى سبيل الذكر لا الحصر التحويطات والأحراز وأعمال الفاسوخة والطقوس التي تتبع لزوار (الواضعة) والشعائر التي تسهل عملية الوضع والرعاية الطبية والسحرية للطفل كالأحجبة في حالة الفطام والتسنين وجميعها أمثلة لممارسات الطب الشعبي. ويؤكد محمد الجوهري أن هناك مجموعة من المعارف الشعبية تدور حول الجسم الإنساني وأجزائه، وهي جزء من المعتقدات الشعبية التي تشمل السحر والأولياء والأحلام والكائنات الطبيعية والأنطولوجيا الشعبية. ويعد الطب الشعبي وممارساته جزئية ضمن سلسلة من المعتقدات ففيه العلاج بالكي، والعلاج بالأعشاب، والعلاج بالرقية، والعلاج بالزار (الزار هنا كطقس ومعتقد). والجانب الحركي من الزار يدرس تحت بند الرقص، ويشمل المعتقدات الدائرة حول الإنسان، وتدل صفة الشعبية على المعتقدات التي يؤمن بها شعب فيما يتعلق بالعالم الخارجي والعالم فوق الطبيعي. والمعتقدات والطب الشعبي جزء من التراث الشعبي الذي يعد من أهم المعطيات الثقافية التي تحدد هوية الإنسان، ماضيه وحاضره وتخطط مستقبله. وأحيانا جزء من الطب الشعبي يتم نقله شفاهة، فالتراث مستودع تودع فيه الشعوب ثقافتها وخبراتها التي تتراكم على مر العصور، كأنه وسيلة لتسجيل معارف الإنسان وتصرفاته.

وهناك تصنيف آخر للطب الشعبي: أولا: طب شعبي طبيعي وعقلاني يتناول التداوي بالأعشاب، ويضم العلاج بالممارسات اليدوية كالكي والتدليك والتجبير والحجامة والفصد والوشم. ثانيا: طب شعبي روحاني (أو غيبي) كاللجوء إلى الدين أو السحر والشعوذة أي القوى غير المرئية. والطب الشائع هو طب شعبي اعتمد في

أغلبه على مصادر مكتوبة واتخذ صفة تجارية، وأبرز مظاهره النوع المعروف في أمريكا Chiropractice، وهو أسلوب في العلاج يعتمد على تقويم العمود الفقري باليد. ويقبل الناس بكثرة على هذه الوسيلة الطبية والتي تشبه إلى حد كبير مهنة التجبير عند العرب.

مجال دراسات الطب الشعبي

تركز دراسات الطب العرقي الشعبي على الموضوعات التالية:

(1) المعتقدات الطبية.

(2) المعتقدات حول بناء الجسم ووظيفته.

(3) التشخيص الشعبي للعلل.

(4) وصف للعلل.

(5) المحتوى الاجتماعي للمشكلات الطبية والرعاية الطبية.

(6) العلاج الطبي.

(7) خصائص الممارس أو المعالج.

الطب البديل: Alternative Medicine

ومن الصعب أيضاً الحصول على معنى واضح لما يعنيه الطب البديل، كما لا يوجد اتفاق حول هذا التعريف بين العلماء. ونتيجة لهذا فهناك إجابات عديدة لهذا التساؤل، والتي تصلح للتعبير بصدق عن مختلف الخبرات. ويمكن القول: إنه عبارة عن نسق خصب من التقنيات والنماذج والأنساق الطبية التي يمكن أن تكون غير مألوفة Unconventional للغالبية العظمى من الجمهور، وهي مع ذلك تعتبر بديلة لهؤلاء الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية.

وكثير من الطب البديل وفد إلى الولايات المتحدة عبر ثقافات أخرى عن طريق وسائل العلاج التقليدية القديمة، وعلى سبيل المثال فإن استخدام الأعشاب كدواء وكممارسة قديمة انتشر في العالم كله. والوخز بالإبر جاء بالتحديد من الصين القديمة وترسخ واستخدم منذ سنة 2697 ق.م. ويستخدم العلاج اليدوي لتقويم العمود

الفقري، والتدليك لمرضى العظام وتقنيات أنماط أخرى تندرج تحت مسمى الطب البديل لها جذور في الولايات المتحدة، ويلجا إليها كثير من الناس في كل مناحي الحياة، وكثير منها أصبح مألوفا وشائعا أكثر مما نتصور سواء شئنا أم أبينا. فعلى سبيل المثال تجري عملية تدليك للصدغ لضياع الصداع، أو تضع قطعة من الثلج عند التواء القدم، أو تستمع إلى راديو السيارة لتقليل الضغط العصبي.

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن 65٪ - 80٪ من سكان العالم (حوالي 3 بليون شخص) يعتمدون على الطب البديل كشكل أساسي للرعاية الصحية، والأكثر من ذلك فإن هذه الممارسات العلاجية ينظر إليها في الثقافة الغربية على أنها أشياء بديلة أو مكملة وليست منبوذة أو مستهجنة. وكثير من الوسائل في سلة الطب البديل تبوب تحت مسميات أخرى اليوم وأكثرها شيوعا الطب الشمولي Holistic ، الطب التكميلي Complementary والطب التكاملي Integrative، والطب الوقائي Preventative، والطب البيئي. أي أن لها جذور وأصول في الطب التقليدي الذي كان سائدا في العصور السحيقة.

قبول البدائل في نسق الطب الغربي وفي المجتمعات الحديثة

والبعض يسمى البدائل أنماطاً طبية غير أرثوذكسية، ويؤكد "لانجون" قبول الطب الغربي لأنماط العلاج التقليدية كبدائل مكملة لنسق الرعاية الطبية الغربية، مثل الإبر الصينية. ويوجد حاليا آلاف من عامة الأمريكيين والأوربيين عادوا لهذه الممارسة القديمة، ومئات من الأطباء حصلوا على دورات تدريبية في استخدامه، وفي أوروبا اتجاه متزايد لاستخدامه حيث وصل - على سبيل المثال لا الحصر - عدد من مارسوا الوخز بالإبر 88000 نسمة منهم 62000 طبيب طبي.

ويسود في أمريكا كما قال Cary Badger في شمال كاليفورنيا أكثر من خمسة ملايين وصفة فرعية لبعض البدائل. ولقد قدمت مدرسة هارفارد الطبية دورة عن المعالجات البديلة التي قد تؤثر على الممارسات الإكلينيكية والبحث الإكلينيكي، وهناك آلاف أخرى من الممارسات الطبية تستخدم كعلاج منزلي. ويؤكد كل من "بيروجين وتانازي" تغلغل العلاج بالإبر الصينية كعلاج إضافي بديل ومكمل لممارسات

الطب البيولوجي داخل النسق الطبي المحترف في الولايات المتحدة، وحاز الحقن بـالإبر الصينية على الشرعية السياسية والمعرفة الجماهيرية في كاليفورنيا.

ولما كان المجتمع التعددي يشتمل على عديد من الجماعات العرقية المميزة (مثـل الولايات المتحدة) فقد أدى ذلك إلى تنوع الأنساق الطبية الشعبية وتعددها، تلك الـتي تحدد النشاطات العلاجيـة إلى حـد بعيـد. وحاليـا فـإن زيـادة التعقيـد والتكنولوجيـا وتكاليف العلاج الحديث الباهظة تـستحث المحـاولات المتجـددة للعـودة إلى التطبيـب الذاتي واستخدام التركيبات العشبية أي البدائل، وبالتـالي أحيـاء الممارسـات الطبيـة الشعبية.

وهناك عدد من أنماط العلاج العـشبي والـتي اسـتخدمت في الماضـي أصـبحت تصنع الآن كتحضيرات صيدلانية يصفها الأطباء. فقد حددت منظمة الصحة العالميـة الأنساق الطبية التقليدية، وأشارت إلى أنها بديلة ومكملة في الولايات المتحدة وهى:

- الوخز بالإبرAccupuncture
- الطب الأورفيدىAyrvedic
- طب الأعشابHerbal
- العلاج المنزلي Homeopathy
- علاج تشوه العظامOsteopathy
- الطب الطبيعيNaturopathicn

علاج العمود الفقري اليدوي Chiropractice

وهناك أنواع أخرى من العلاجات تعتبر غـير مألوفـة في الولايـات المتحـدة وكثير منها يتكامل داخل نسق الرعايـة الطبيـة بهـا مثـل العـلاج بـالعطور، التـدليك الجسمي، مضادات السموم، طب الطاقة، الصيام، العلاج بالزهور، الطب الغذائي.

علاقة الطب الشعبي بالطب البدائي والطب الرسمي:

تجمع الطب الشعبي بالبدائي عناصر مشتركة تتمثل في المـواد الطبيـة، وأسـلوب إعدادها ومصاحبتها بممارسات وصيغ سحرية. وتميز "حصة" بين الطب البدائي والطب الشعبي، فالبدائي يمثل النمط الأصيل للمجتمعات الفطرية في حين أن الطـب الـشعبي عبارة عن تفاعل كثير من أنماط الطب الأخرى. وتدلل على أن معظم الطـب الـشعبي

الذي كان يمارس في القرن الثامن عشر في أوربا مشتق من الطب الرسمي في العصور القديمة، واسترشد بالكثير من الأفكار، والأساليب الطبية التي كانت تؤدي على نطاق واسع واستبعدت مؤخراً، وأدرجت ضمن العلاج الشعبي مثل علم التنجيم ومبدأ الأخلاط الأربعة (الدم، البلغم، الصفراء، السوداء). وبالمقابل نجد العديد من مصادر وأساليب العلاج الشعبي والبدائي قد تربعت في أحضان الطب الرسمي مثل بعض العقاقير الشعبية حيث دخلت صناعة الأدوية الحديثة كيميائياً.

تشخيص المرض في الطب الشعبي:

يصنف الطب الحديث المرض تبعا لأعراضه وعلاماته، أما في الطب الشعبي أو طب السلالات فالتشخيص يختلف من ثقافة إلى أخرى. فقد ينظر إلى الأعراض على أنها شيء عادي ولا تصنف كمرض، فعلى سبيل المثال "الأسبيروشين" تنتشر وسط قبائل الأمازون الشمالية وتحدث بثورا في الجلد وهي من علامات مرض الزهري، ومع ذلك لا تعتبر مرضا على الإطلاق. وبالمثل فإن مرض الزهري بين قبيلة مانو الأفريقية يعامل على أنه شيء طبيعي لا يحتاج إلى علاج.وهذا لا يعني أن الطب الشعبي أقل كفاءة في عملية التشخيص من الطب الحديث، ولكنه في الواقع أقل اهتماما بعلامات المرض. ففي قبائل أخرى يكون التشخيص على درجة عالية من الدقة مثل قبائل "السبائن" في جنوب أفريقيا، كما وصفها فراك عام 1961 فإنها تميز تمييزا دقيقا بين أعراض المرض الجلدي أكثر من تمييز الطب الحديث له.

مناهج الأنثروبولوجيا الطبية

ترى "مرجريت لوك" أن نقطة الانطلاق للبحوث في هذا المجال هي الجسم البشري سواء في صحته أو في اعتلاله، وهي تتضمن الدراسات التاريخية والثقافية المتقاطعة والمقارنة، وتمثل كل الاهتمامات التي تتعلق بالجسد وأيضا بالمحاولات العالمية لشرح وتفسير وتصنيف، وشفاء الصحة العليلة وتأثير الشيخوخة على تلك الصحة.

ويستخدم علماء الأنثروبولوجيا الطبية المناهج الإثنوجرافية التي تتطلب قضاء فترة طويلة من الوقت للمعايشة مع جماعات صغيرة نسبيا من الشعوب لملاحظتهم وتسجيل حياتهم لكي يفهمونهم ويفسرونهم.

وقد استخدم هذا المدخل في دراسة الشعوب في المجتمعات الصناعية بما فيها هؤلاء الذين يقدمون الرعاية الصحية والذين يستقبلونها، ويرون أنه من الضروري الحصول على تفسير لسلوك المرء في الحياة اليومية للشعوب، إذ أن المعتقدات والسلوكيات تكون سلسلة متصلة من الحلقات الدائرية كل منها تؤدي إلى الأخرى، وهذا المنهج يستخدم أيضا في الطب الشعبي.

وينظر "بيرتوبيلتو" إلى الأنثروبولوجيا الطبية على أنها أحد فروع العلوم التطبيقية، وهي تعني بوصف الكيفية التي تشرح بها مختلف الشعوب غير الغربية المرض، وكيفية فهمه وأسلوب العلاج الذي تلجأ إليه. والبحوث التي أجريت في فترة السبعينات والثمانينات من هذا القرن تركز على القضايا العلمية الخاصة بتحسين الصحة والرعاية الصحية سواء في الغرب أو غير الغرب.

وتمثل المشاكل الصحية في أرجاء العالم قطاعا من البحوث التطبيقية مما يتطلب الاستعانة ببعض العلوم الأخرى مثل العلوم البيولوجية والممارسات الطبية الإكلينيكية، والعلوم السلوكية الاجتماعية، كما يتم الاستعانة بعلم الحشرات، فهو يلعب دورا كبيرا في فهم بعض الأمراض التي تنتقل عن طريق الحشرات مثل الملاريا والتيفود والحمى الدنكية (أبو الركب)، أو علم الاقتصاد والعلوم السياسية فيما يتعلق بنظم الرعاية الصحية.

ويمكن فحص كثير من القضايا بواسطة أحد مناهج الأنثروبولوجيا الطبية دون الالتزام المباشر بأي وضع نظري معين، بمعنى أن المناهج الأساسية لجمع البيانات هي عينها بغض النظر عن النسق النظري الذي يتبعه الباحث. ويظهر من البحوث الميدانية أن جميع علماء الأنثروبولوجيا يستخدمون من الناحية العلمية مزيجا من المقابلات (المنظمة أو غير المنظمة)، والملاحظة المباشرة، ويتم طرح تساؤلات محددة. وتختلف الأهداف التي تهدف إليها الملاحظة بناء على الاهتمامات النظرية. غير أن عمليات جمع البيانات متماثلة إلى حد بعيد بغض النظر عن الاتجاه النظري.

تساؤلات البحث الأساسية في الأنثروبولوجيا الطبية:

يصبح منهج البحث محددا عندما نعرض تساؤلات معينة، ففي بحوث الرعاية الصحية التي يجريها علماء الأنثروبولوجيا الطبية غالباً ما تتكون من أشكال مختلفة من الافتراضات التطبيقية التالية:

1. ما هي الأسباب (أو العوامل المهمة) التي تؤثر في ظهور الأشكال المختلفة للظهور المتكرر لمرض معين أو أسبابه أو أعراضه؟
2. ما هي الاختلافات في أشكال العلاج التي ترتبط بأمراض وعلل معينة؟
3. ما هي الاختلافات بين الشعوب في اختيار أنماط العلاج وعلاقتها بأمراض وعلل معينة؟ ولماذا يوجد اختلاف في الاختيار؟
4. كيف نستطيع أن ننظم طرق الوقاية وأشكال العلاج ونجعلها أكثر فاعلية بالنسبة لصحة شعوب منطقة ما؟

ويشير "حسن الخ ولي" إلى الاهتمام بعدة جوانب عند دراسة الطب الشعبي هي:

- الاهتمام بتفاصيل الممارسات العلاجية من حيث مواد العلاج وطبيعة الأمراض التي تعالجها.
- الاهتمام بدور العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والإيكولوجية في اللجوء للممارسات الشعبية العلاجية.
- الاهتمام بدراسة الطب الشعبي والممارسات الشعبية وعلاقتها بالمعتقدات الشعبية.
- الاهتمام بدراسة الطب الشعبي في علاقته بالطب الرسمي.
- الاهتمام بدراسة المستويات المختلفة لممارس العلاج الشعبي.

ويذهب محمد الجوهري إلى أن دراسة الطب الشعبي يمكن أن تتم من زاويتين:

(1) أن يتبع الباحث منهج السؤال عن الأمراض التي يفيد في علاجها عقار أو عنصر معين.

(2) أن يتبع الباحث منهج السؤال عن الأمراض بحثا عن المواد والعناصر التي تستخدم في علاجها.

ملامح البحث الميداني للطب الشعبي في الوقت الحاضر:

الأداء الميداني هو المحصلة أو النتيجة المنطقية لإجراءات سابقة تعتمل في ذهن الباحث، ولا يمكن أن يستغني الباحث عن التوجيه النظري أو الإلمام بالنظرية الموجهة للبحث.

1. **الميل نحو التكميم Quantitification** : من المعروف عن الأداء الأنثروبولوجي أن المادة إثنوجرافية (وصفية كيفية) وأن الباحث يعتمد على السرد والوصف والملاحظة بالمشاركة، أما أن يتطور الأداء إلى إضفاء الطابع الكمي على المادة الأثنوبولوجية أو الثقافية فهذا نموذج جديد يعد حديثا نسبيا استخدمه اثنان من علماء الأنثروبولوجيا هما آلان جونسون" وزوجته "أورينا جونسون" عند دراستهما لأحد المجتمعات المحلية بحوض الأمازون وهو مجتمع "الماتشيحونجا" عام 1975.
2. **الميل نحو تكامل المعرفة: والمدخل العلمي متعدد التخصصات:** عند تعرض الإنسان للأمراض فمن الضروري تكامل العلوم وتضافرها وتساندها فالتحليل العلمي يصبح هنا ميدانا مشتركا يجمع الأنثروبولوجي والديموجرافي وخبير التغذية "متعدد التخصصات".
3. **ظهور صيغة جديدة للأداء الميداني الأنثروبولوجي الجماعي:** الأداء الميداني الجماعي قديم بدأ منذ الحملة الفرنسية وبعثة كامبردج. وفي مصر هناك تجارب رائدة للفريق الجماعي في لعمل الميداني الأنثروبولوجى: في قسم الأنثروبولوجيا بآداب الإسكندرية وآداب القاهرة.
4. **الاستفادة من مجال تكنولوجيا المعلومات:** أصبح في الإمكان اختزان المادة الكيفية الإثنوجرافية في الحاسب الآلي، واستخدامها وقت الحاجة وتبادلها مع المراكز العالمية، مما يتيح إجراء دراسات مقارنة متعددة المستويات داخل مصر وخارجها على الصعيد العربي أو العالمي.

منهج علم الباليوباثولوجي: Paliopathology

الباليوباثولوجي هو أحد فروع الأنثروبولوجيا الطبية، وهو يعني بدراسة الأمراض والإصابات التي تعرض لها الإنسان والحيوان في المجتمعات القديمة والعصور السالفة. وزاد الاهتمام بهذا العلم منذ الخمسينات وأصبح قائما على عاتق من يعملون بالأنثروبولوجيا الطبية، وحينما تتعرض للطب الشعبي وممارسته فإنها بالضرورة تتعرض إلى الأمراض التي كانت تتفشى في فترة زمنية بعيدة، والممارسات التي لجأ إليها الإنسان لتفاديها أو الحد من خطورتها. ومن أهم الكتابات في علم الباليوباثولوجي كتاب بروثول وأندرسون.

ويعتمد المنهج في كشفه عن الأمراض القديمة على عدة مصادر أساسية وهي العظام والموميات والمخلفات والبقايا المتحجرة والأعمال الفنية والبرديات. هذه المصادر تعد من معطيات المادة الأركيولوجية وهو يفيد من منهج إقامة النماذج الأركيولوجي (لمحاولة إعادة تركيب أسلوب الحياة في الثقافات القديمة من خلال تصنيف تلك البقايا المادية وتحديدها بفترات زمنية) في تفسير بعض الأمراض ومظاهرها والنمط الثقافي الذي وجدت فيه.

المنهج الشمولي في الأنثروبولوجيا:

قد يختلف علماء الأنثروبولوجيا الطبية في مناهجهم النظرية إلا أنهم يفكرون في المتغيرات نفسها التي يبحثونها سواء بطريقة ضمنية أو صريحة. فالأساليب المنهجية الأساسية واحدة لجمع البيانات التي ترتبط باختيار الشعوب لبدائل الرعاية الصحية الحديثة وذلك عن طريق الملاحظة المباشرة أو إجراء المقابلات. ويرتكز علم الأنثروبولوجيا الطبية على المنهج الشمولي، فعند دراسة أي ظاهرة تتدخل كثير من العوامل المتشابكة، ولذلك يقومون بجمع كثير من البيانات التي تتعلق بجوانب كثيرة من النظم والعلاقات الاجتماعية، وأنساق المعتقدات الثقافية، حتى وإن كان التركيز على موضوع صحي معين. ويؤثر المنظور الشمولي على خطة البحث التي تعتمد على عدد كبير من المتغيرات، والتي يتطلب بالتالي إجراءات إحصائية معقدة نوعا ما ووقتا أطول لكل مريض ولكل مرض ولكل حالة، مما يحدو بالباحث إلى تقليل وتحديد حجم عيناته بشكل ملموس، بالمقارنة بما يقوم به علماء الوبائيات وعلماء الاجتماع.

وتنفرد الأنثروبولوجيا الطبية دون غيرها بالدور الرئيسي الذي يلعبه مفهوم الثقافة في معظم بحوثها، فالخلفية الثقافية وتنوعها تحظى بأهمية بالغة في تشكيل الوجهة التي يتجه إليها البحث بالنسبة لتأثيرها على الرعاية الصحية.

ويرى بعض علماء الأنثروبولوجيا أن الثقافة مجموعة أنساق فكرية أو أنساق لمعان رمزية، أو أشكال مختلفة من اللغة تركز على العمليات العقلية للشعوب. وعلى سبيل المثال يرى آرثر كلينمان أنه يمكن أن نرى الطب كنسق ثقافي، أو كنسق من المعاني الرمزية تحوي النظم الاجتماعية وأنماط التفاعل بين الأشخاص. وإحدى الإسهامات الأساسية لعلم الأنثروبولوجيا في الدراسات التطبيقية المتعلقة بالقضايا الصحية تتمثل في الوسائل المعقدة التي تتفاعل فيها أنساق المعتقدات الثقافية مع عوامل أخرى لتؤثر على معدلات حدوث المرض وتعريفه والاستجابات المختلفة له.

وفي الثمانينات من هذا القرن ركزت بحوث الأنثروبولوجيا الطبية على التعددية الثقافية التي تأثرت فيها بعض الشعوب بمغريات الثقافة الصحية العالمية غير المحلية، وعلى ذلك فإن أنساقهم الثقافية بما تشمله من معتقدات وقواعد خاصة بالأدوية والممارسين غير المحليين التي غزت تلك المجتمعات حديثا تتداخل مع الأفكار الثقافية الراسخة عن المعالجين المحليين التقليديين وتشخيصاتهم، وحتى المجتمعات الحضرية في أمريكا الشمالية فإن دراسات قضايا الرعاية الصحية تندرج في إطار التعددية الثقافية حيث أن العامة والطبقة المتوسطة على وعى تام بالبدائل لاختياراتهم للرعاية الصحية.

أما النموذج التفسيري لمرض ما فيتكون من علامات وأعراض يمكن من خلالها التعرف على المرض وتشخيصه وكذلك أسبابه، وكيفية علاجه والأعراض الفسيولوجية للمرض والتكهن والتنبؤ بما يؤول إليه (كلينمان). ويقول كلينمان قد يكون لدى الأفراد نماذج تفسيرية غامضة لأمراضهم ترجع لخبرات المريض السابقة أو خبرات معارفه أو أقاربه وأقرانه، وقد يكون لدى المعالجين التقليديين تعريفات محددة للأمراض المنتشرة بالمجتمع. أي أن استخدام النموذج التفسيري في الأنثروبولوجيا الطبية كمحور يثير العديد من التساؤلات حول أنماط السلوك العلاجية وبعض الملامح الأخرى.

مشكلات منهجية

معظم تقارير الطب العرقي عن طب الأضداد Humoral أو الأخلاط تكون تقارير وصفية، إذ ليس هناك افتراضات محددة أو مجموعة من العلاقات تكون محاور لهذا البحث. ولدينا استخدام محدود وبسيط حينما نقرر أن جماعة من الناس تصنف مفردات معينة أو ظروف وأحوال على أنها ساخنة وأخرى باردة دون أن تشرح هذا، ودون أن تربط البيانات المتعلقة بالموضوع ببعض حقائق التكيف الثقافي والإيكولوجي والبيولوجي للجماعة. ويتم جمع هذه المفردات والظروف التي يحكم عليها بأنها ساخنة أو باردة عن طريق بعض الإخباريين. ومن المحتمل أيضا أن التساؤلات التي تطرح عن الأضداد قد تم صياغتها بغموض (ويلر Weller 1983) وقادتنا إلى إجابات مختلفة لنفس التساؤلات.

وفي ضوء هذا فإن الافتراضات المنظمة لم يتم الاستفادة منها بصورة كافية، كما أن المقابلات والمعلومات الخاصة بتكوين وحجم العينة غالباً ما تكون غير مناسبة، كما أن جمع معلومات وبيانات مقارنة تسمح بإجراء المقارنات الثقافية لظاهرة الطب الشعبي قد أصبحت مشكلة، وذلك لأنه لم يعرف المعيار الذي في ضوئه تم اختيار عينة الإخباريين، وكيف تم جمع البيانات وما هي الاستجابات نحو التساؤلات. والأكثر من ذلك فإن الدراسات المبكرة افترضت بصورة خاطئة أن هناك فهما متجانسا لفئات الأضداد، مع إغفال أهمية الاختلافات والمتغيرات الثقافية الكامنة بين أفراد العينات والتي تأثرت بأحداث الحياة المختلفة مثل المرض والحمل والرضاعة (Logan 1977). والى أن تحل هذه المشكلات المنهجية من الضروري أن نسجل أن مفاهيم الطب الشعبي غير موزعة بصورة منظمة ومنسقة داخل الجماعة الاجتماعية.

وحاولت الدورية الربع سنوية في الأنثروبولوجيا الطبية التي تعرضنا لها في بحث مهنة الصيدلة وعقباتها، أن تضم كل التساؤلات التي تتعلق بالصحة والمرض والعلل التي تنتشر بين الكائنات البشرية والتي تعتمد على وجهة النظر الشمولية ومنظور الاتجاه الثقافي المقارن الذي تتميز به الأنثروبولوجيا. وهدف هذه الدورية الحث على الجدل والحوار والأفكار والمناهج في الأنثروبولوجيا الطبية، وكشف النقاب عن

العلاقة بين الأنثروبولوجيا الطبية والممارسات الصحية من جهة وعلاقتها كفرع رئيسي بالأنثروبولوجيا الأم من جهة أخرى، بالإضافة إلى أنها تحوي البحوث والتقارير التطبيقية لنتائج هذه البحوث والأدوات والمواد التي استخدمت في دراسة المشكلات وأيضا نتائج البحوث في الأنثروبولوجيا الطبية.

الاتجاهات والمداخل النظرية في الطب الشعبي والأنثروبولوجيا الطبية

جذبت العلاقة بين المرض وقوى ما بعد الطبيعة، والعلاج والشامانية اهتمام علماء الطب الشعبي منذ ظهور علم الأنثروبولوجيا في كتابات "تايلور وسليجمان وفريزر". وفي عام 1930 أجرى بحث عام حول أصول مصادر المكونات الثقافية للأنساق الطبية كان يمثل بعدا بارزا للأنثروبولوجيا الثقافية الأمريكية (كليمنتس) ومنذ ذلك الحين فإن الأفكار المتعلقة بالمرض والممارسات العلاجية اعتبرت جزءا مهما في الثقافة.

مدخل السمات أو الذرات المنفصلة (كليمنتس) Atomized Traits

بذل كل من "كليمنتس" و"فورست" محاولات لتوزيع السمات الثقافية المتعلقة بالصحة والتحكم في المرض. وتم تحديد خمس سمات رئيسية لأسباب المرض في المجتمعات غير الصناعية: السحر الأسود Sorcery، الضياع النفسي Soul loss، خرق التابو Breach of Taboo، اقتحام سبب المرض عنوة Intrusion of Disease، اقتحام الروح Spirit. وقد ذكر أن أي مجتمع يمكن أن يتسبب المرض به عن خاصيتين منهما معا. واستنتج من التوزيع المكاني مدى كونها جزء من ثقافة معينة خضعت للدراسة (كروبر 1974).

مدخل الصيغ الثقافية (روث بندكت) Configurations Approach

تأثر "أكركنخت" بشدة بآراء "روث بندكت" ووضع الطب في مضمونه الثقافي، وأن الذي يجب أخذه في الاعتبار ليس الأشكال بل المكانة التي يحتلها الطب في حياة قبيلة أو شعب، وروح الممارسة التي تنتشر بينهم، والطريقة التي يندمج من خلالها الطب مع السمات الأخرى المختلفة من مجالات الخبرة. وكان نقد "أكركنخت" نذيرا بتحول جوهري من المدخل التاريخي للظاهرة الصحية إلى الاتجاه النظري، وبزوغ النظرية

الوظيفية التي نظرت إلى المجتمع على أنه يتكون من أجزاء مترابطة، وأن مفاهيم المرض وأسبابه وخصائص المعالجين، جميعا تتداخل مع بعضها البعض (أكركنخت و ويلن و بيلز).

مدخل التكامل الوظيفي

ساهم الطب الشعبي في تطوير النظرية والمنهج في الأنثروبولوجيا السوسيوثقافية عن طريق عرض التكامل الوظيفي لمكونات أنساق الرعاية الصحية داخل النسيج الثقافي للمجتمع ومنظماته الاجتماعية ونسقه السياسي. أصبح مدخل التكامل الوظيفي والمدخل النظري المعرفي الرمزي هو الغالب في دراسة أنساق الرعاية الصحية، بعد أن قام كليمنتس بإصدار عمله الرئيسي منذ نصف قرن. وغدا الطب الشعبي أحد الأبعاد الجوهرية في الثقافة التي يجب أن تخضع للبحث، وزاد منهج دراسات المجتمع المحلى، مثل دراسات المكسيك وجواتيمالا والتركيز على تصورات المجتمع عن الإعياء: أسبابه، علاجه، ودور المعالجين الشعبيين، والعلاقة بين تصورات المرض والكون. وتطابقت العلاقات بين ما بدا أنه ممارسات ومعتقدات صحية، وبين الجوانب الأخرى للثقافة والتنظيم الاجتماعي، هذه النتائج ساهمت في نمو اتجاه النسبية الثقافية حول الممارسات الصحية لشعوب أخرى كما ساعدت على فهمهم.

وأصبحت أكثر المعتقدات والممارسات الصحية - بل وأكثرها غرابة - مفهومه وأسهمت في توضيح الأشكال الاجتماعية، حينما ينظر في سياق المحتوى الثقافي الذي توجد فيه. وعلى سبيل المثال إبراز فكرة أن المرض هو ضحية للجيران أو أنه عقاب لانتهاك القواعد الاجتماعية، فهو عقاب لإثم أو نتيجة خرق بعض المحرمات. واهتمام الأنثروبولوجيا بموضوع المرض كعقاب يعود إلى عام 1915 (أنظر ريفرز 1924 وأكركنخت عام 1958). هذا المدخل النظري زودنا برؤية واضحة عند تحليل أسباب المرض بين تزلتالز Tzeltals في جنوب المكسيك.

وقدم التحليل عددا من الأعمال الهامة التي أقامت روابط بين المعايير الاجتماعية الضابطة للسلوك وإرجاع المرض إلى قوى ما وراء الطبيعة التي تحدد هذه المعايير، وأن الذين عوقبوا بالمرض فذلك لأنهم فشلوا في الالتزام بالمعايير الاجتماعية.

والمرض الذي يرجع للسحر والشعوذة يفترض أنه جزاء اجتماعي لسلوك غير مقبول ولا ينجم عن عوامل داخلية شخصية. أي أن الخوف من السحر والشعوذة يعد ميكانيزماً يحافظ على النظام الاجتماعي بين الناس، وإسهام هذه الدراسة في أن معتقدات المرض تم توظيفها بنجاح في المجتمع. واختبرت صحة هذا الافتراض على عينات واسعة في مجتمعات من أنحاء العالم. والنتيجة أن المجتمعات الحديثة التي تتوفر فيها مؤسسات رسمية للضبط الاجتماعي - مثل قوات الشرطة والمحاكم وتؤدي واجبها جيدا وتحوز القوة - يغيب فيها السحر والشعوذة. وكلما ضعفت تلك القوة كلما كان السحر والشعوذة أكثر حدوثا ويملآن الفراغ حينما لا يوجد حل للصراع بين الزوجين، أو حينما تنتشر المنازعات بين الأشخاص.

المدخل الإيكولوجي

وحدة الدراسة والبحث في المدخل الإيكولوجي هم السكان الذين يقطنون إقليما معينا. و هذه الوحدة هي التي يركز عليها الأنثروبولوجي الطبي بحثه ودراسته، ويتطلب ذلك البحث بيانات عن الظروف البيئية والمناخية، وأساليب التكيف بين الكائن الحي، وتلك الظروف والروابط القائمة بين النسق الإيكولوجي ومختلف النظم والأنساق الاجتماعية الأخرى. فعملية التكيف مع البيئة هي الموضوع الرئيسي في الإيكولوجيا الطبية وهي عملية مستمرة.

ومن هنا صارت الإيكولوجيا الطبية اتجاهاً نظرياً هاماً في الأنثروبولوجيا الطبية تنظر إلى الصحة والمرض باعتبارهما انعكاساً للعلاقات القائمة بين السكان وموطن الإقامة والسكن وأشكال الحياة، ومكونات البيئة الطبيعية، وأيضا ما ينجم عن التغيرات السريعة التي تتعرض لها المجتمعات التقليدية. وتعتبر النواحي الفنية مثل شكل المسكن، وأساليب إعداد الطعام، وأنساق الضبط الاجتماعي عوامل مهمة في تحديد المرض. كما أن للتاريخ والثقافة والسمات البيولوجية الكلية أثر في تحديد مجال أو دورة المرض وخصائصه. وتتمثل هذه الاتجاهات الجديدة وبخاصة الإيكولوجيا الطبية في بحوث عديدة منها بحث أنثروبولوجيا الموت "نبيل صبحي" وهو يهتم بفترة الاحتضار قبل الوفاة، وتأثير هذا الموقف على المحيطين. ويعرض "حسن الخ ولي" محاولة

(لنموذج طبي ثقافي) مزج بين الرؤيا الإنسانية للصحة والمرض، ومواجهة المرض والوقاية خلال فاعلية الثقافة التي هي أساليب السلوك، وهو يشمل كلا من الطب الرسمي وأيضا الطب الشعبي. وتتناول "نجوى عبد الحميد" التلوث البيئي الناجم عن التكنولوجيا في منطقة حلوان. وتشير إلى المخاطر البيئية الثقافية على الصحة على أساس أن التكنولوجيا هي نتاج ثقافي. وقد ركز البحث على تلوث الهواء وأمراض الأطفال المرتبطة به في موضوع "التكنولوجيا والتلوث في منطقة حلوان". كذلك أوضحت فاتن الحناوي العلاقة الوثيقة بين الظروف البيئية والصحة، وركزت على استخدام عناصر البيئة الساحلية ومكوناتها في ممارسات علاجية شعبية في بحث "الطب الشعبي الساحلي".

وينظر إلى المدخل الإيكولوجي على أنه مدخل شامل يهتم بالعلاقة بين الكائنات والبيئة التي تعيش فيها. ويهتم بالأسباب المتعددة للأمراض، ومدى انتشار وتزايد أمراض معينة ترتبط بالبيئة، مثل تزايد انتشار مرض البلهارسيا عن طريق إنشاء نظم الري الجديدة.

المنظور المقارن

الجهد الذي يبذل للتعرف على اتفاق أو اختلاف الأنواع الأخرى للطب والتي تتزايد لها الغلبة الألوباثية Allopathy "علاج الداء بدواء مضاد أو المضادات"، وتمارس بواسطة الأطباء الفيزيقيين، تمثل مشكلة خطيرة على المدى البعيد للدراسات الطبية المقارنة. وترجع الصعوبة إلى الاضطراب في اختيار الطريقة المناسبة التي تشير إلى علاج الداء بدواء مضاد.

والأقل اضطرابا هو كيف نشير لتلك الأنساق الأخرى. وحتى نتفادى المقارنات غير الدقيقة، كان من الضروري إيجاد مصطلح مناسب نستطيع من خلاله وصف الطب البيولوجي "الحيوي". وحتى نستطيع المقارنة بين نسق الطب الشعبي والأنواع الأخرى بدون أن نصدر أحكاما قيمية مسبقة سوف نشير إلى الطب الرسمي على أنه طب عالمي Cosmopolitan حتى نميز بينه وبين الأنواع الأخرى من الطب الشعبي، ولو فعلنا عكس ذلك سنقع فريسة للأخطاء. وعلى سبيل المثال حينما

تصنف الممارسات العلاجية المنتشرة بين الأمريكان والمكسيك أو العامة في ألمانيا في الفترة ما بين 1970 - 1980 على أنها ليست حديثة، بينما تمارس بشكل واسع في هذه الفترة يعتبر ذلك عملاً غير دقيق، وبالمثل تصبح مشكلة إذا أدرجنا طرق العلاج غير الغربي التي تمارس اليوم بصورة واسعة النطاق في ضواحي نيوجرسي أو بين سكان ديترويت أو في لوس أنجلوس على أنها طب. وحينما نقول أن الألوباثي هو الطب الوحيد الذي يرتكز على أصول جامعية، هنا نسقط من حساباتنا عشرات الآلاف من أطباء الهند أو سيريلانكا والمدربين في المدارس الجامعية التي يكون الطب الاورفيدري Ayurvedic أحد موضوعات المحاضرات بها، بالإضافة إلى التدريب في المعمل والإعداد الإكلينيكي، ولن نقول شيئا عن آلاف الأطباء المرخصين والذين يعملون بطب تقويم العمود الفقري "باليد" والذين تخرجوا في الحقبة الأخيرة من المدارس الطبية الأمريكية.

لكل هذه الأسباب سوف نطلق على الطب الذي يمارسه الأطباء الفيزيقيون المدربون الطب البيولوجي العالمي (كوزموبوليتان) Cosmopolitan، وسوف نطلق على الأنواع الأخرى للطب الشعبي اسم الجماعة التي تمارسه.

وقد لجأ "فابريجا" إلى المنظور الثقافي المقارن حينما استخدم مفهوم المرض Illness ليشير إلى أن وحدة التحليل هي الفئة الاجتماعية الثقافية. وفي هذا البعد صنف المشكلات الطبية بمصطلحات اجتماعية. وقد استخدم هذا المنظور علماء الأنثروبولوجيا الثقافية عند دراستهم للمعتقدات التي تتعلق بحدوث المرض، وأنماط السلوك والاتجاهات المصاحبة للمرض. أو بمعنى آخر العمليات الاجتماعية العلاجية في المجتمعات التقليدية بهدف إجراء مقارنات بينها، وتم التركيز على المعاني التي يفسر بها أعضاء المجتمع أنماط المشكلات المرضية.

والمحور الأساسي للتحليل الأنثروبولوجي المقارن هو التأكيد على الشمولية والعملية والتغير، والذي استخدم في فحص الأنساق الطبية البدائية. أيضا يمكن في الدراسات الطبية العرقية تحليل مشكلات العلل والرعاية الطبية في علاقتها بالأنشطة الثقافية الأخرى للجماعة. كما يتيح هذا المنظور الفرصة لدراسة السلوك الذي يقوم على قواعد ثقافية محددة ويركز على العلاج الطبي. ومن ناحية أخرى يسمح بالتطرق

إلى المعتقدات كما لو كانت قضايا حول القيم المطلقة التي يعتبرها أعضاء الثقافة شيئاً مقدساً، وكيف تربط أعضاء الجماعة ببعضهم البعض.

أي أن تلك الدراسات تبحث الاتجاهات التصورية تجاه المرض للشعوب غير المثقفة. أمثال دراسات "كليمنتس - سيجرست - أكركنخت" والأفكار عن أسباب وميكانزمات المرض، فالهدف هو التعرف على المعتقدات الطبية للجماعة وكيف أنها ترتبط بالدلائل الدينية والأخلاقية، وتؤثر في العلاقات الاجتماعية، أي أن المعتقدات عن المرض تفحص في حدود الفروض الثقافية وسلوكيات الجماعة وهي تختلف كلية عن النظرة الطبية البيولوجية الغربية للمرض والرعاية الاجتماعية. وهذا هو المنظور الثقافي المقارن.

المنظور السيكولوجي للأنثروبولوجيا الطبية

يهتم هذا المضمار بدراسة النظريات والحوار في الأنثروبولوجيا الطبية والنفسية، مع التركيز بصفة خاصة على الدراسات النقدية الثقافية للعلوم البيولوجية والطب البيولوجي "الحيوي" للظواهر الجسمية. وهو يتناول وجهات النظر التاريخية للاتجاهات النظرية لدراسة الثقافة والمرض، وأنساق العلاج، والدراسات المقارنة للمعرفة الطبية. ويناقش الاتجاهات الحديثة للأنثروبولوجيا الطبية التي تنتج من ارتباط المداخل التفسيرية والنظرية النقدية والدراسات الثقافية للعلوم وكذلك الدراسات الثقافية التقليدية.

1. أنثروبولوجيون لديهم درجة من الاهتمام بالتحليل السيكولوجي والتدريب الرسمي.
2. محللون سيكولوجيون وأطباء نفسيون مع درجة من الاهتمام الأنثروبولوجي والتدريب الرسمي والعمل الميداني.
3. الباحثون الذين يجمعون بين كونهم أنثروبولوجيين متدربين ومحللين سيكولوجيين.
4. باحثون من فروع مختلفة مثل علم النفس الإكلينيكي، وعلم النفس السياسي، وعلم الاجتماع، الذين على درجة من الاهتمام ولديهم تدريب على النظرية الأنثروبولوجية والتحليلية وإجراء الدراسات الحلقية.

يناقش المدخل الأنثروبولوجي الطبي النفسي التجربة الشخصية لأعراض الأفراد أو الاهتمامات الخاصة بالجماعة مثل الأشباح الحاقدة، أو الفضلات السامة أو التلوث البيئي أو الأمراض المعدية مثل الطاعون والإيدز، أي أن العمليات السيكولوجية الديناميكية لا تغيب عن الصورة الإثنوجرافية. وعالم الأنثروبولوجيا الطبية حينما يدرس هذه العمليات، فمن الضروري أن تكون لديه القدرة على وجود مدخل للوصول إلى هذا المستوى من المعلومات وليس مجرد قراءتها بشكل عابر، لأن العوامل الطبية البيولوجية والسياسية والمعرفية والاقتصادية تبدو أكثر تعقيدا وإلحاحا.

والتزام الباحث بالموضوعية من الصعوبة بمكان لأن ما يريد ألا يعرفه عن نفسه تترجم إلى مالا يمكن معرفته عن الذين يلاحظهم. وكل ثقافة تحدد النماذج التي يمكن بها التعرف على عملية المرض، وعند كتابة التقرير الطبي فتلك النماذج تحدد المعلومات التي يجمعها الطبيب البشري وكيف تجمعت الحقائق ثم يتم تحليلها ومعرفة الطرق التي صممت كعلاج. فالأنساق الطبية في أي ثقافة تتناغم وتتوافق مع روح تلك الثقافة والتي تتخلل كل المؤسسات العلاجية.

وأي دراسة أنثروبولوجية في رأي ريتشارد ليبان Richard Lieban عن الصحة والمرض وكيفية التوافق معه تمكن الباحث من الأسلوب الذي يفهم به الناس عالمهم، والتعرف على خصائص الأنساق والقيم الاجتماعية، علاوة على هذا يمكن أن يكشف نسق الطب الشعبي جوهر التناقضات السيكوديناميكية والخصائص الدفاعية للمجتمع موضوع البحث. ولقد ساهم علماء الأنثروبولوجيا الطبية السيكولوجية في فهم التفاعل بين المرضى والمعتقدات والقيم وأنماط السلوك ووسائل العلاج، كما يطرح التحليل السيكولوجي فهما إضافيا لعلاقة تفاعل الوعي (الضمير) واللاوعي، والعقل الباطن في كل جوانب العمليات العقلية وأنماط السلوك الفعلية.

المداخل السائدة: مدخل الكيفيات المتضادة: أو نظرية الساخن والبارد: الأضداد

مدخل الكيفيات المتضادة أو الأضداد أو الأخلاط هو أحد موضوعات الطب الشعبي التي درست بدقة وظلت مادة للجدل، فإن مفهوم تضاد الخواص التي تؤثر في

الصحة ساد في أمريكا اللاتينية وفي أنماط أخرى من الطب الشعبي في الولايات المتحدة.

وطبقاً لهذه النظرية فإن الصحة هي توازن بين أضداد أو أخلاط، كالتوازن بين الساخن والبارد، والرطوبة والجفاف. وهي تتفشى بين الهنود الأمريكيين. وترجع أصولها إلى ما قبل المسيحية، إلى حقبة التاريخ اليوناني والعربي "فوستر 1978،53". وقد وفدت إلى الشعوب البدائية التي تعيش على الفطرة في أمريكا في القرن السادس عشر عن طريق الغزاة الأسبان. ويتكون هذا النسق من أربعة متضادات هي: الساخن والبارد، والرطوبة والجفاف، والتوازن بين تلك العناصر يحقق الصحة الجيدة، فنقص أو زيادة إحداها يؤدي إلى المرض. وهذه النظرية تظهر في الوصف الإثنوجرافي للطب الشعبي في الشعوب التي تتحدث الأسبانية والبرتغالية. وقد لعب مفهوم خواص الأضداد دوراً بارزاً في الرعاية الصحية للمجتمعات الأمريكية الفطرية وفي جواتيمالا وأريزونا. ومع أن تلك الشعوب التي تعتمد على تلك المفاهيم والتصورات التي تطبق لديهم تلك النظرية، وينتج عنها استجابات صامتة للتحكم في المرض،إلا أنهم لا يملكون توصيل مفاهيم عن خواص الأضداد. وحينما تمت المقارنة على عينة من سيدات الحضر ونسوة من ريف جواتيمالا، وجد أن تصنيف مصطلحات المرض المألوفة لدى سيدات الحضر تختلف عن مصطلحات نسوة الريف، أو لم تكن بالضرورة قد تم تصنيفها بنفس الطريقة. وبالنسبة للناطقين باللغة Chinantic بمدينة سان فرانسيسكو فإن الممارسات الخاصة بالولادة تستخدم النباتات التي لها كيفية ساخنة أو باردة في العمليات الفسيولوجية على سبيل المثال لجعل الرحم يفرغ محتوياته أو لحجز محتوياته لمنع إسقاط الحمل. أي أن مفاهيم السخونة والبرودة تعد عوامل مساعدة لعوامل أخرى لتحقيق الصحة، وليس هناك دليل في أي مكان في الزيناكنتيكو Zinacontico، حول علاج الهايلولتيك hiloletic (أي الشامان) أو مرضاهم، على أنهم يتعاملون أو يفكرون في المرض على أساس المفاهيم التي تنظر إلى الجسم على أنه نسق يتكون من أجزاء مرتبطة وظيفيا، هذه النتائج أثارت العديد من التساؤلات حول خواص الأضداد وأوضحت أن هناك تفسيرات مختلفة.

إذن صحة الجسم البشري هي مزيج أو خليط متوازن بين الكيفيات الساخنة أو الباردة، والداء سوف يحدث إذا ما كان هناك إسراف أو إفراط في تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة. ومصطلحات الساخن والبارد تنطبق على الغذاء والأمراض والعلاج، وليس من الضروري أن تشير إلى درجة حرارة الطعام أو العلاج بل تشير إلى كيفيته كأصل الشيء، لونه، قيمته الغذائية. وعلى سبيل المثال بين أبناء بورتوريكو في نيويورك يعتبرون الموز وجوز الهند وقصب السكر من الأطعمة الباردة، بينما الشيكولاتة والثوم والمشروبات الكحولية ووجبة الذرة تعتبر ساخنة، ومن العلل التي تصنف بأنها باردة التهاب المفاصل، البرد، وشكاوي المعدة يجب أن تعالج بالأطعمة الساخنة مقابل الإمساك والإسهال والانقباضات المعوية تتطلب العلاج بالمواد الباردة.

منظور التفسير النقدي للأنثروبولوجيا الطبية

أوضح آلان يانج Allan Yong أنه يمكن إجراء تحليل ثقافي للأنساق الطبية التقليدية بناء على نظرية المعرفة بينما يعفي الطب البيولوجي من مثل هذه التحليلات. والمدخل النقدي قائم على عدة افتراضات :

(أ) أنه يمكن فهم العالم الكوني منطقياً وعقلانياً من الناحية النظرية من خلال تطبيقات العلم وسنحصل بالضرورة على أدوات التحكم في الطبيعة بما فيها الجسم البشري عن طريق التكنولوجيا.

(ب) وعلى مستوى الصحة والمرض يفترض أن جميع أدوات التفسير والسلوك التي تتراوح بين الاهتمام بالعين الشريرة إلى الترانيم داخل المعبد. على الرغم من فهمها كميكانيزمات أمان سيكولوجية فهي لن تكون ضرورية فيما يختص بالطب الغربي البيولوجي.

(ج) وسوف يكون هناك قبول عام لفكرة أن التغيرات الفيزيقية التي يمكن قياسها داخل الجسم بالاختبارات المعملية هي حقيقية، بينما جميع الظواهر الأخرى غير أصلية ودخيلة وغير ذات بال.

ويركز الاتجاه النظري الحالي في العلوم الاجتماعية على الطريقة التي يتم بها فهم الحياة الاجتماعية واستيعابها بصفتها وسيلة (أداة) لتبادل المعاني، ولذا فمن

الضروري دراسة الجسم للوصول إلى تلك المعاني فعن طريق الجسم يمكن دراسة كثير من الارتباطات الرمزية في أي مجتمع. هذا المدخل جزء من حركة أوسع يتعرض فيها العلم لإعادة التقييم بما فيها فحص العلم الغربي على أنه ينبع من سياق ثقافي وتاريخي محدد، وهذا الاعتراف يمثل أهمية خاصة للأنثروبولوجيا الطبية لأن عالم الطب البيولوجي (العضوي والحيوي) ذاته يصبح موضوعا للتحليل الأنثروبولوجي. وحينما استخدم المدخل التفسيري النقدي لم تعد الأنثروبولوجيا الطبية دراسة لأنساق طبية بديلة ولا للمعتقدات ولا الممارسات البديلة فقط، فقد تحول اهتمامها إلى التركيز على كيف يتم التكوين والبناء الثقافي لجميع المعارف المتعلقة بالجسم والصحة والمرض، وممارستها وإعادة التعرف عليها في عملية ديناميكية عبر الزمان والمكان سواء في المجتمعات التقليدية أو الغربية على حد سواء. وبذلت محاولات كثيرة لتفادي تشتيت الحوار بين الإخباريين والباحث الأنثروبولوجي داخل فئات تصنيفات تنبع من الفكر الطبي الغربي، والتطرف فيما يختص بالنسبية الثقافية. ومع أن بعض المفاهيم التي يعرضها الإخباري قد يكتنفها الخيال لذلك فهي تحتاج من الأنثروبولوجي المزيد من البحث والتقصي.

والأنثروبولوجيا الطبية لا تختلف عن المجال الحقلي العام للأنثروبولوجيا التفسيرية النقدية. ولكن هناك حقيقة خاصة بالأنثروبولوجيا الطبية أنها تتناول الجسم البشري ورقته وحساسيته تجاه الضغوط والقيود الماثلة أمامه. إن العلاقة بين النظرية والتطبيق (الممارسة تأخذ معنى محددا) وعالم الأنثروبولوجيا الطبية يدرس بضعة مواقف متكررة مثل الميلاد والمرض والوفاة، فهي من الأفعال اللازمة والمحتمة. ولهذا فإن عالم الأنثروبولوجيا الطبية لا يتوقف عند الوصف الإثنوجرافي للنظريات الطبية والممارسات، ولكنه يمتد شئنا أم أبينا إلى عالم اتخاذ القرار، وإلى التكنولوجيا الطبية (بعضها يعادل أو يتفوق على العلاج التقليدي) وهي متوافرة إلى حد ما في معظم أنحاء العالم.

ومن أكثر التحديات التي تواجهها الأنثروبولوجيا الطبية التوافق مع الطب البيولوجي ومعرفة كفاءته بينما تحتفظ ببعد نقدي بناء له، وفي نفس الوقت للقيم والتقاليد الثقافية للمجتمعات موضوع الدراسة.وعلى عالم الأنثروبولوجيا الطبية أن

يخطو بخفة بين محاور التفسيرات الثقافية والنقد الثقافي وبين المدافعين عن التقاليد وهؤلاء الذين يخرقونها من أجل التغيير، فالأنسجة الثقافية التي نسجها الشعب من الأمور الجوهرية لتوظيف وتفاعل الجنس البشري في مجموعات اجتماعية. ومهمة عالم الأنثروبولوجيا الطبية التفسيرية النقدية هي أولا وصف مختلف التصورات المثالية الناتجة من (الوعي واللاوعي) حول الجسم والروايات المرتبطة به ثم يبين الاستخدامات الاجتماعية والسياسية الفردية، أي التي تطبق فيها هذه التصورات في الواقع، بمعنى آخر الممارسات الفعلية. ثانيا يعمل على اكتشاف العلاقة بين المعتقدات الثقافية المرتبطة بالصحة والمرض مع الجسم البشري والتوصل إلى المعرفة الطبية حول بناء الجسم البشري ووظيفته، فهذه المعرفة مرتبطة بالممارسات والتغيرات الاجتماعية والسياسية الدائمة التعديل.

الخلاصة

معظم نظريات الطب التقليدي لها خصائص دينية واجتماعية، وتؤكد على السمات الوقائية والنظرة الشمولية، وكثيرا ما تتحدد خصائص الممارسات الطبية التقليدية عن طريق المقومات الشخصية للمعالج، وعن طريق نسق الجزاءات السري أو الخفي. وتعكس نظرية الطب البيولوجي والممارسة البيولوجية صورة عكسية، إذ أن كل ما يندرج ضمن العلاج العضوي يكون مستقلاً ومنفصلاً عما هو ديني أو اجتماعي. ولكي يتم تحسين الرعاية الصحية فلابد من تقديم الخدمات بأفضل الوسائل واحترام الأطباء والممرضات. ومن الضروري فهم تصورات وتخمينات المجتمع المحلي الذي يبجل ويحترم الطب التقليدي ودوره في الرعاية الطبية.

الفصل الرابع
مساهمة العلوم الاجتماعية في مجال الوقاية والرعاية لمرض فيروس العوز المناعي "الإيدز" (*)

مقدمة

من الطبيعي أن يشكل أي مرض أزمة طارئة لها تأثير على الحياة الفردية، غير أن مرض الإيدز يختلف لأنه يشكل أزمة على مستوى الفرد والجماعة والمجتمع، ومن الممكن إذا توفرت الآليات التي تيسر انتشاره أن تتحول الأزمة إلى كارثة، يصعب على الجميع العثور على حلول أو الوصول إلى سياسات تساعد على مواجهتها.

ومما يزيد من خطورة هذا المرض القدرة على الدوام والانتشار، فمريض الإيدز يظل يعاني مرضه حتى مواجهة الموت، فهو مرض دائم على خلاف الأمراض الأخرى التي تتميز في الغالب بالطبيعة المؤقتة حينما يبرأ المريض منها. ولهذا المرض كذلك قدرة عالية على الانتشار ويزيد من عملية انتشاره أن غالبية آلياته تتم في الخفاء، وليست لها صفة العلانية. فممارسة الجنس المحرم، وكذلك تعاطي المخدرات، وحتى نقل الدم دون معرفة فساده، يتم التستر عليها. وفي هذا الخفاء أو الظلام لا نستطيع التعرف على أماكن انتشار المرض، ولا نستطيع كذلك تحديد حجم الظاهرة، وبالتالي يصبح من الصعب للغاية تأسيس السياسات الطبيعية والاجتماعية الملائمة للمواجهة.

ويعمق خطورة هذا المرض، أنه يشكل طريقاً إلى الموت. دون أن يصل العالم إلى علاج فعال حتى الآن. وقد اكتسب المرض في الفترة الأخيرة خطورة لعاملين، الأول أنه في حالة انتشاره أصبح يضر بمكانة الدولة وفاعليتها السياسية والاقتصادية على الصعيد العالمي، ومن ناحية ثانية، فإن هذا المرض أصبح يستخدم في الصراع بين

(*) كتب هذا الفصل الأستاذ الدكتور علي ليله.

الدول، باعتباره سلاحاً فتاكاً ككل الأسلحة الأخرى، إضافة إلى أنه يعمل على نشر الفزع والخوف بما يؤثر على الاستقرار الاجتماعي للمجتمع والدولة عموماً. وهو ما سوف نعالجه من خلال الصفحات التالية، حيث نعرض لبعض الاعتبارات التي ينبغي أن تشكل إطاراً لتناول ظاهرة انتشار فيروس الإيدز، ثم نحاول تحديد دور العلوم الاجتماعية في توجيه البحث الاجتماعي المتعلق بهذا المرض، إضافة إلى تحديد دور هذه العلوم فيما يتعلق بتحديد ميادين أو سياقات انتشار هذا المرض، ثم نختتم هذا البحث بمحاولة تحديد دور العلوم الاجتماعية في رسم السياسات الاجتماعية والصحية لمواجهة الإيدز.

أولاً: الإيدز، تأمل لبعض الاعتبارات

لقد شهد التاريخ أوبئة كثيرة ابتداء من السل ومروراً بمرض الكوليرا، وغير ذلك من الأمراض العديدة التي تنتقل بالعدوى نتيجة المخالطة والتفاعل بين البشر. وبرغم أن الإيدز مثل كل الأمراض المعدية والقاتلة، يشكل تهديداً للشخص وللآخرين، حيث يعتبر الهلاك والموت نهايته المؤكدة حتى اكتشاف العلاج الناجح له، إلا أنه يختلف عن هذه الأمراض من حيث مساهمة الفزع والقلق التي يثيرها على ساحة الفرد والمجتمع والدولة جميعاً. فهو مرض يفرض عزلة قهرية أو إجبارية على الفرد، وفي نفس الوقت يقلق مضاجع المجتمع وينشر الرعب في فضائه. إضافة إلى أن الدولة كجهاز سياسي تنكره، لأنه قد يؤدي إلى الإضرار بمواردها، بل قد يؤدي أحياناً إلى تآكل مكانتها وفاعليتها على الصعيد الدولي، وهو الوضع الذي لم يتحقق لأي مرض آخر ينتقل بالعدوى، أو ميئوس الشفاء منه حتى الآن.

بذلك لا ينبغي النظر إلى هذا المرض باعتباره انحرافاً بيولوجياً، ولكنه يشكل إلى جانب ذلك اعتلالاً سيكولوجياً بالأساس، إضافة إلى إمكانية أن يؤدي إلى انحرافات واضحة في التفاعل الاجتماعي، وهو مرض يتعاظم في تأثيره وآثاره، فكلما امتد الزمان بحامله، كلما انتقل بنفس التوازي من الصعيد البيولوجي إلى الصعيد السيكولوجي، حيث تتغير على هذا الصعيد بمواطن البشر وانفعالاتهم، فتتبدل لتكون على حال غير التي كانت عليه، سواء على مستوى الفرد أو الأسرة كمجتمع قرابى

مركز، أو الجماعات الصغيرة الأخرى كجماعة الجيرة مثلاً. ويظل التعاظم حتى الصعيد الاجتماعي، حيث حالة عامة من الهلع والخوف تنتاب الفرد والجماعة والمجتمع على السواء.

يختلف هذا المرض إذن عن الأمراض العديدة الأخرى التي لها نفس الخصائص، من حيث القدرة على القتل المقدر، وإمكانية الانتشار الحتمي، لأن له طبيعته الخاصة، وهي الطبيعة التي تستند إلى اعتبارات عديدة.

1. من هذه الاعتبارات مثلاً الخصوصية التي يتميز بها هذا المرض، فإلى جانب كونه مرضاً بيولوجياً، فهو يشكل وصمة أخلاقية. فلكونه قد ينتقل من خلال الجنس الحادث خارج نطاق الشرعية الزواجية، أو من خلال تعاطي المخدرات، فإن ذلك يعني أن غالبية آليات انتقاله مدانة أخلاقياً، وهي الإدانة التي تكون متضمنة في اتجاه الآخرين نحو المريض، وهي الحالة التي تشكل أساساً لنوع من العدائية المتبادلة بين المريض ومحيطه الاجتماعي.
2. ويتمثل الاعتبار الثاني في أنه بغض النظر عن آلية انتقال المرض، فإنه برغم حاجة المريض إلى الدعم العاطفي من محيطه الاجتماعي، أي من الآخرين، بما يساعد على دعم مناعته السيكولوجية، فإننا نجد أن هذا المريض يخوض صراعاً على جبهتين. فهو من ناحية يناضل ضد الموت، بل وضد الإحساس بالموت الذي يكثفه لديه الآخرون. يعبر عن ذلك قول أحد مرضى الإيدز "عندما تعيش فترة طويلة، وأنت مصاب بالإيدز - واعتقد أنني أحقق سبقاً في هذا المجال - فمن الممكن أن تنهار، إذ أنك تفتقد كثيراً من الأصدقاء، ويتغير كل شيء حولك. واعتقد أن هذا أصعب شيء فيما يتعلق بالإيدز، أن تتعلم كيفية التعايش مع التغيرات طول الوقت، فضحكتك تتغير والناس حولك يتغيرون، وجميع تصرفاتك تختبر باستمرار، ويتعين عليك إعادة توجيه نفسك باستمرار[1].

وعلى الجبهة الثانية نجده يخوض صراعاً ضد بيئة عدائية محيطة، من الأقارب والجيران، أو حتى أفراد الأسرة المقربين، وهو الأمر الذي يجعل المريض في حاجة إلى قوة غيبية قادرة على دعمه سيكولوجياً في مواجهة هذا الواقع العدائي المحيط. يعبر عن ذلك أحد مرضى الإيدز "لم تكن هناك جماعات للدعم، ولا باحثون اجتماعيون،

ولا أحد على الإطلاق. لذلك انزويت أكثر من ذي قبل في مجتمعي المحلي، لكن حتى هذا كان خطأ، لقد كان أناس يأتون إلى يبغون ضربي، فلم يكونوا يريدون الإيدز في مجتمعهم، مع أن هؤلاء كانوا أقاربي، ولأنني لم أعد في نظرهم آدمياً، لقد أصبحت مريضاً، لم يعد لدى إحساس، ولم تعد تتاح لي الفرصة لكي أخطط، أو تكون لدى أهداف، أو أقدم إسهاماً[2]. مريض آخر يؤكد وضعوني في التأديب ثلاثة شهور ... وبعد ذلك ذهبوا إلى منزلي وعملوا لنا فضيحة ... فعرف الناس، وطردت المستخدمة زوجتي ... استعطفتها... رفضت رغم أن التحليلات أثبتت خلو زوجتي وبناتي من المرض. أصبحت زوجتي بلا عمل، والبيت بلا طعام، والبنات بلا زميلات ... ويتساءل (عم محمد) بحزن... لماذا تعاقب بناتي بمرض أبيهن مادمن لسن مريضات ... اليوم ... يمر ببطء كئيب، اليوم كالأمس كالغد، الكل ثابت، مواعيد الوجبات ... والألم ... ولا جديد، لا أحد يسأل عني ... ثم (يستدرك بأمل) مرات يمكن تيجي بعد أن تنهي عملها... الممرضات وطاقم المستشفى يعملون قدر الاستطاعة، ولكنهم يتركوني أغسل أطباقي وملعقتي، وفرش سريري لم يتغير منذ دخلت المستشفى وحتى الآن[3].

3. ويتعلق الاعتبار الثالث بردة الفعل على المستوى الاجتماعي، أعني على مستوى المجتمع، وبالتحديد على مستوى المجتمع المحلي، حيث نجد أن إصابة أحد أفراد المجتمع بمرض الإيدز، تشكل واقعة يبدأ بها تفاعل اجتماعي جديد، تتغير في إطاره علاقات وتوجهات، وتقع أفعال وسلوكيات لم يكن من المتوقع وقوعها، الأمر الذي يجعل أحوال المجتمع المحلي تختلف في طبيعتها عن نظيرتها قبل وقوع الواقعة. بداية نجد أن استجابة المجتمع المحلي تتخذ الطبيعة العدوانية تجاه المريض. وتبدأ هذه الاستجابة باللجوء السريع إلى آليات الوصم، فلأن الإيدز يعتبر من الأمراض المعدية، فإن ذلك من شأنه أن يدفع الآخرين إلى الابتعاد عن المريض. ويصبح للوصم وجهي عملة، فالمريض مدان لأنه اقترف فعلاً لا أخلاقياً أتى به إلى هذه الحالة. بينما يرتبط الوجه الثاني بكون المريض أصبح يشكل موتاً محتملاً للآخرين من البشر الأمر الذي يبرر وصمه كأساس للابتعاد عنه.

يؤكد ذلك ما تذهب إليه إحدى منظمات حقوق الإنسان بقولها "يواجه المصابون بالإيدز خطراً مزدوجاً. إنهم يواجهون الموت، وفي كفاحهم من أجل الحياة ابتداء من الرعاية الصحية، إلى الإسكان إلى التعليم إلى العمل إلى السفر، وإذا كانت معظم الأمراض تولد التعاطف والمساندة من الأسرة والأصدقاء والجيران، فإنه فيما يتعلق بالإيدز، فإننا نجد أن الناس كثيراً ما ينتابهم الخوف من المصابين بالإيدز ويتجنبوهم"[4].

يؤكد ذلك أن حالة مريض الإيدز أثارت حالة من الذعر في قرية "البجلات" محافظة المنصورة. حينما وصل الشيخ "بكر" من الخليج مصاباً بالإيدز كما أكدت سلطات المطار "تجمعت الإجابات عند عبارة أثارت الفزع والرعب في القرية وضواحيها" الإيدز مثل الكوليرا سيعدي البلد كلها في ظرف أسبوع. وأن مجرد الاقتراب من الشيخ وأولاده، بل مجرد لمس جدران بيته يعني العدوى لا محالة ... الإيدز لا شفاء منه - هكذا قال الأهالي - ومن يصاب به محكوم عليه بالموت عاجلاً أو آجلاً ". وحينما دخل الشيخ القادم من الخليج عبر المطار إلى القرية مستنداً على أكتاف أولاده، لم يشأ أحد من أهل القرية أن يساعدهم. الخوف قتل كل صفات المروءة والمودة. فضلوا أن يشاهدوا الإيدز عن بعد، ولسان حالهم يقول "ربنا يكفينا شر البلاوي... الأقارب الذين كانوا ينتظرون عودته، فروا من أمامه، وربط الخوف بينهم على مبدأ (البعد عن الشر غنيمه) لم يزره أحد على الإطلاق"، يقول قريب "أنا لم أزره خوفاً من العدوى، الإيدز مرض معدي وأنا لا أضمن ما يحدث بعد الزيارة". ويقول أحد الأهالي "أنا قاطعت ابنه تماماً ... من يوم ما جاء أبوه، والناس كلها قاطعتهم ... الشارع الموجود فيه بيتهم أصبح منطقة محرمه على الغريب والقريب ... لدرجة أنه لا أحد يمر بالشارع على الإطلاق"[5].

وإذا كان الدين في مجتمعنا يشكل محور الثقافة والأخلاق وقاعدة العلاقات الاجتماعية في المجتمع، فإننا نجد آراء رجال الدين تشعل جذوه الخصومة بين المجتمع ومريض الإيدز. حيث تتطرف بعض الآراء الدينية حتى تفرغ الدين من عواطفه ورحمته، حينما تطالب بحالة شبه ما تكون بالنبذ لمريض الإيدز. حيث يذهب شيخ متشدد مؤكداً "أن الإبقاء على حياة مريض يمثل إتلافاً لحياة المجموع أو الجماعة، حيث لا فائدة من حياته ... بل إن في الاتصال به ضرراً، أي أنه يضر كل من يتصل به أو

يخالطه. ولهذا السبب يجب عزل مريض نقص المناعة الطبيعية، أي الإيدز، عزلاً تاماً عن مجتمعه دفعاً للضرر ... عزل مريض الإيدز الذي أقصده قد يفضي إلى موته، لأنه سوف تقتصر خدمته على نفسه، دون أن يتصل به أحد من المجتمع اتقاء لخطر مرضه على كل من يتصل به" (6).

وهو الأمر الذي يعني أن المجتمعات المحلية، لا تعزل الفرد المريض فقط، ولكن هذا العزل قد يشمل جماعته كذلك، ومن الطبيعي أن يؤدي ذلك إلى تغيرات عديدة في شبكة العلاقات الاجتماعية، سواء تلك العلاقات الداخلية لعائلة المريض ذاته، أو العلاقات التي تربط بينها وبين جماعة الجيران، أو جماعة القرابة، سواء تلك المستندة إلى النسب أو عصبية الدم، ويجد هذا العزل مبرراً له أحياناً في الأخلاق التقليدية للمجتمع المحلي أو لظروف أخرى كالجهل والخوف.

4. ويرتبط الاعتبار الرابع باتصال مرض الإيدز بهيبة الدولة وطبيعة النظر إلى مواطنيها. فانتشار الإيدز في مجتمع معين يؤثر بطبيعة الحال على الموارد الاقتصادية للمجتمع. فالدولة الآن، وبخاصة في عالم حولته العولمة إلى سوق دولية كبيرة تستورد أو تصدر مواد غذائية. ومن الممكن أن يؤدي انتشار مرض الإيدز بها إلى العزوف عن التعامل مع بعض منتجاتها، كنوع من الاحتياط الصحي الذي تتخذه بعض الدول. أو أن الدولة قد تخاف على مواردها الاقتصادية من السياحة، وبخاصة تلك الدول التي تعتمد على السياحة كمورد اقتصادي. وفي هذا الصدد يذكر د. مايكل ميرسون مدير البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز في أمريكا اللاتينية عام 1991 "لقد أهدرت الحكومات وقتاً ثميناً قبل أن تقر بأن لديها مرضاً يحمل في طياته وصمة اجتماعية كاسحة، وأبدت بلدان كثيرة قلقاً له ما يبرره حول الآثار الممكنة على السياحة والاستثمار" (7).

وهو الأمر الذي يدفع كثيراً من الدول إلى إنكار وجود المرض لديها، وإن اعترفت تحت ضغط المنظمات الصحية العالمية، فإنها تقدم أحياناً تقديرات متدنية لحجم الظاهرة لديها، وفي أحيان كثيرة نجد أن هذه التقديرات ذات طبيعة متناقضة، فإذا أخذنا التقديرات المصرية لحجم الظاهرة، استناداً إلى ما ينشر على لسان المسئولين عن الشئون الصحية في المجتمع. فمثلاً تشير إحدى التقديرات إلى أن بمصر عام 1999 664 مصاباً

بالإيدز في مصر، توفي منهم 360 والباقي مازالوا أحياء، بينما هناك تقدير آخر، عن نفس العام يؤكد أن هناك 382 مصاباً بالإيدز على قيد الحياة، بينما توفي 402 مصاباً.

وعلى حين تؤكد منظمة الصحة العالمية أن عدد المصابين بالإيدز في مصر بلغ عددهم 2000 في عام 1992، تؤكد وزارة الصحة المصرية أنهم 189 حالة فقط. وفيما يتعلق بعام 1998 على حين أكدت منظمة الصحة العالمية أن الرقم ارتفع إلى 5000 حالة أكدت وزارة الصحة المصرية أن العدد لم يتجاوز 693 حالة، ثم عادت فقالت أن العدد هو 495 حالة فقط [(8)]. وهو الأمر الذي نجد أن البيانات فيما يتعلق بالظاهرة تعاني من تناقضين الأول تناقض البيانات التي تقدمها السلطات المحلية مع بعضها البعض، والثاني التناقض الواضح الذي نلاحظه بين التقديرات العالمية وبين التقديرات المحلية لذات الظاهرة.

وإذا كان مفهوماً أن تحاول السلطات المحلية تخفيض التقديرات التي تشير إلى حجم الظاهرة، لاعتبارات اقتصادية وسياسية ودولية، وأيضاً لتجنب إثارة حالة من الفزع الاجتماعي فيما يتعلق بهذه الظاهرة، الأمر الذي يؤدي إلى إرباك السياسات الاجتماعية لمواجهة هذه الظاهرة، وربما التقليل من كفاءتها، فإن الأمر الذي ينبغي التأكيد عليه يتمثل في ضرورة أن يكون لدى السلطات المحلية في أي مجتمع التقديرات الدقيقة لحجم هذه الظاهرة بما يساعد على مواجهتها وحصارها.

5. ويتمثل الاعتبار الخامس والأخير في اتجاه بعض الدول إلى بعض السلوكيات العارية من الأخلاق الإنسانية، إلى استخدام مرض الإيدز، كتعبير عن العداء في مواجهة دول أخرى الأمر الذي ينتقل بالإيدز من كونه مرضاً يحتاج إلى تعاون عالمي من أجل القضاء عليه، إلى اعتباره سلاحاً يتم تطويره للفتك بالأمن القومي للدول المعادية، وبخاصة بين الدول التي تحكمها عداوات تاريخية مستمرة. تأكيداً لذلك أن الأجانب قد لعبوا دوراً واضحاً في هذا الصدد، ولا يغيب عن الأذهان ما فعله السائح النرويجي أجدفوس. وكذلك أحد أساتذة الجامعة الأمريكية بالقاهرة، الذي عاد إلى الدخول إلى القاهرة مرات عديدة، تحت أسماء عديدة، بعد أن تم إبعاده. وما قيل عن بعض السائحات العربيات

اللاتي بلغ عددهن أربعة، إضافة إلى ترحيل نحو 348 من الأجانب في عام 1997 لإصابتهم بمرض الإيدز.

وقد وصل الإيدز إلى أكثر مستويات خطورة، استناداً إلى ما نشرته إحدى الصحف العربية حول سفر 327 فتاة يهودية مصابة بالإيدز من إسرائيل إلى مصر والبلاد العربية، حيث تم تكليفهن من قبل المخابرات الإسرائيلية "الموساد". ودفعهن لمعاشرة عدد من الشباب لنقل المرض إليهم لنشر حالة من الرعب في مصر والعالم العربي. وهو ما يعني ضرورة اليقظة في مواجهة الانتهاك حفاظاً على الأمن القومي المصري والعربي.

ثانياً: دور العلوم الاجتماعية في رسم خريطة الإيدز

لأن مرض الإيدز، لم يقتصر عند كونه انحرافاً بيولوجياً يعاني منه الفرد لفترة مؤقتة أو دائمة، بل انتقل من حيث تأثيره وآثاره إلى مستويات سيكولوجية واجتماعية، فإن التصدي لهذا المرض لا يقتصر فقط على ما تقدمه العلوم الطبية والبيولوجية، بل من الضروري أن تشهد المواجهة مشاركة من العلوم الاجتماعية. بالتحديد علم الاجتماع ويتحدد أول أبعاد المواجهة، ما يمكن أن تقوم به هذه العلوم في تحديد الملامح الطبوغرافية للظاهرة. لأن هذا التحديد من شأنه أن يحدد لنا الحالة التي عليها الظاهرة الآن من حيث طبيعتها وحجمها، كما يساعد أيضاً على تحديد معدلات اتساع الظاهرة أو انكماشها، ثم الاتجاهات التي تسير فيها حالات الاتساع والانكماش.

ويعتبر التطور التاريخي أحد الأبعاد الهامة التي ينبغي استكشافها فيما يتعلق بالظاهرة، ونقصد بذلك تطور حجم الظاهرة على مدى عدد من العقود، وذلك بهدف حساب معدلات التزايد أو التناقص التي تميز تطور الظاهرة عبر الزمن. إضافة إلى تحديد البيئات أو السياقات التي تتحرك في إطارها الظاهرة. حيث يساعد ذلك إلى حد كبير على توقع احتمالات تطورها في المستقبل، إضافة إلى أن ذلك يساعد أيضا في تحديد أفضل استراتيجيات وسياسات المواجهة، وما هي البداية التي ينبغي أن تنطلق منها المواجهة. وفي هذا الإطار، فإن تتبع التطور التاريخي للظاهرة لا بد أن يعطي اعتباراً لثلاثة متغيرات. الأول طبيعة التطور العالمي للظاهرة، ومقارنة هذا التطور

بالتطورات المحلية للظاهرة، والثاني علاقة التطور الذي يطرأ على الظاهرة بالتطور السكاني العام، وكذلك التغير الذي قد يحدث في الخصائص السكانية، بينما يتعلق المتغير الثالث بطبيعة السياقات أو البيئات التي يتطور أو يتحرك عبرها هذا المرض، فذلك من شأنه أن يساعد على تحديد أكثر دقة للتطورات التي تطرأ على هذه الظاهرة.

ويعتبر الانتشار الأفقي أو الجغرافي أحد الأبعاد الهامة التي ينبغي أن تهتم بها العلوم الاجتماعية كذلك فيما يتعلق بظاهرة أو مرض الإيدز. إذ ينبغي أن تتجه هذه العلوم إلى محاولة رسم خريطة لانتشار الإيدز في المجتمع. ما هي المناطق التي ينتشر فيها المرض أكثر من غيرها، وما هي المحافظات التي يوجد فيها هذا المرض، والتغيرات التي تطرأ على وجود هذا المرض من حيث الزيادة أو النقصان، فذلك من شانه أن يساعد على رسم سياسات أكثر دينامية لمواجهة هذه الظاهرة، فإذا كان هناك تباين من حيث توزيع وقائع الإصابة في مختلف المحافظات، فإن من شأن ذلك أن يؤدي إلى تباين في تحديد أولويات المواجهة وتحديد اتجاه الجهد الرئيسي لسياسات المواجهة، وهذا إلى جانب أن تحديد الخريطة الجغرافية لانتشار الظاهرة يساعد على تعظيم الاستفادة من الموارد والإمكانيات والظروف المحلية في مواجهة هذا المرض.

ويعد تحديد الانتشار الاجتماعي هو البعد الثالث الذي ينبغي أن تهتم به العلوم الاجتماعية في تناولها لمرض الإيدز. ونقصد بتحديد نطاق الانتشار الاجتماعي طبيعة السياقات الاجتماعية التي ينتشر فيها المرض. وتتحدد السياقات الاجتماعية بالنظر إلى متغيرات عديدة فهناك السياق الحضري في مواجهة السياق الريفي استناداً إلى متغير مستوى التحضر، حيث يلاحظ كما أشارت إلى ذلك دراسات كثيرة، أن السياقات الحضرية تشهد وقائع للإيدز بدرجة أكثر مقارنة بالسياقات الريفية. كذلك يعتبر متغير النوع من المتغيرات التي تحدد ملامح السياق الاجتماعي الذي تنتشر فيه وقائع المرض، وفي هذا الإطار فإنه استناداً إلى ما أكدته دراسات عديدة، ينتشر المرض بدرجة أعلى بين الإناث منها بين الذكور، وإن كان يمكن للإناث أن يلعبن دوراً أساسياً في مواجهة هذا المرض. كذلك يعتبر المستوى الاجتماعي الاقتصادي من المتغيرات التي تحدد طبيعة الطبقة الاجتماعية التي من المحتمل أن ينتشر فيها مرض

الإيدز بدرجة أكبر، وتشير دراسات عديدة في هذا الصدد إلى استهداف الطبقة المتوسطة، تليها الشرائح الطبقية الدنيا، ثم تأتي الشرائح الطبقية العليا في مؤخرة المصابين بهذا المرض. وفي هذا الإطار يلعب الفقر كمتغير دوراً أساسياً في انتشار هذا المرض في بعض الشرائح أو الفئات الفقيرة في بعض المجتمعات.

بالإضافة إلى ذلك هناك بعض المتغيرات الاجتماعية الأخرى التي بدأت تلعب دوراً أساسياً في انتشار هذا المرض، على سبيل المثال يعتبر متغير العمر من المتغيرات الأساسية ذات الصلة بتوزيع حالات الإصابة بالمرض بالنظر إلى الشرائح العمرية المختلفة وإن لم يكن هناك يقين أو اتجاه محدد يشير إلى توزع موثوق به للمرض استناداً إلى هذا المتغير، فهناك الدراسات التي تشير إلى انتشار المرض بين الأطفال، في مقابل دراسات أخرى تشير إلى انتشاره بين فئات العمر المتوسط (الشباب، الرجولة). الأمر الذي يشير إلى الحاجة إلى بعض الدراسات التي تستهدف تحديد الفئات العمرية التي ينتشر بها المرض بدرجة أكبر.

كذلك يلعب متغير الهامشية دوراً أساسياً في انتشار حالات الإصابة بهذا المرض. حيث وجد أن المرض ينتشر بدرجة أعلى بين الجماعات الهامشية، كالفقراء الزنوج والأسبان في الولايات الأمريكية. وفي هذا الإطار فإن الهامشية ذاتها لا تلعب دوراً في انتشار حالات الإصابة بالإيدز، ولكن المسئول عن ذلك الظروف التي فرضت هذه الهامشية.

ويرتبط بذلك ضرورة أن تطور العلوم الاجتماعية الإجراءات والأساليب المنهجية التي تيسر دراسة هذا المرض. على أنه من الضروري أن تراعي هذه الأساليب التميزات التي قد تنتج عن حالة العزل الاجتماعي التي يعيش في إطارها المرضى المصابين بالإيدز، وما ينتج عنها من اتجاهات عدائية نحو المجتمع. كذلك التحيزات التي قد نجدها عند البشر المحيطين بهم، وهي التحيزات التي تستند إلى عدائية نحو المرضى المصابين بالإيدز ومشاعر الهلع والخوف من الإصابة والموت التي يثيرونها عند المحيطين بهم، حيث توجد بعض الدراسات التي تشير إلى إمكانية أن يستبدل الجمهور المحيط بالمريض عداءه للمريض ذاته، الأمر الذي يلعب دوراً أساسياً في تأكيد عزلته.

إن تحديد خريطة الإصابة بالإيدز في المجتمع من شأنه أن يساعد على رسم سياسات المواجهة، وهي السياسات التي تتولى من ناحية عزل المصابين بالإيدز كإجراء وقائي، مع توفير الرعاية الصحية والاجتماعية لهم، بما يخفف عنهم وطأة المرض، وكذلك وطأة الإحساس بالعزلة. كما يمكن استناداً إليها تحديد برامج وسياسة وقاية جمهور المحيطين بالمرضى والمتعاملين معهم من خطر انتقال الفيروس إليهم، إضافة إلى تأسيس أفضل سياسات المواجهة لمحاصرة المرض والحد من انتشاره.

ثالثاً: تحديد البيئات الاجتماعية لانتشار الإيدز

من الضروري التعرف على البيئات التي ينتشر فيها الإيدز حتى يمكن رسم السياسات الاجتماعية لوقاية البشر الآخرين (غير المصابين) الموجودين في هذه البيئات من خطر انتقال فيروس المرض إليهم. وتتحدد هذه البيئات استناداً إلى متغيرات عديدة. منها مثلاً المتغير الإيكولوجي، حيث نجد أن مرض الإيدز أكثر انتشاراً في البيئات الاجتماعية الهامشية، سواء كان ذلك على مستوى المجتمع، أو المجتمعات المحلية، كذلك قد تتحدد البيئة الاجتماعية التي ينتشر فيها المرض استناداً إلى متغير النوع، حيث نجد أن للإناث دوراً أساسياً في انتشار هذا المرض. إضافة إلى تحديد البيئة الاجتماعية بالنظر إلى متغير العمر، حيث بدأ هذا المرض ينتشر بصورة واضحة وكثيفة بين شريحة الأطفال، وسوف نعرض فيما يلي لملامح وجود مرض الإيدز في كل من هذه البيئات الاجتماعية المشار إليها.

تعتبر الظروف الإنسانية المتدنية هي أكثر البيئات التي ينتشر بها فيروس الإيدز. إذ يتبع الإيدز مواطن الضعف القائمة في المجتمع، حيث يستفيد في وجوده وانتشاره من أشد مشاكل الإنسان قسوة واستعصاء كالفقر والتمييز، فهو فيروس "انتهازي" يستغل الجهل والإجحاف والخوف والقدرية وكذلك الاتجاه الإنساني للهروب من الحقائق الصعبة أو التي تتهدد الإنسان على أمل أن تختفي هذه الحقائق من تلقاء نفسها[9]. وتعتبر الأمية في هذا الإطار من المتغيرات التي تخلق إطاراً ملائماً لانتشار هذا المرض. فهناك اعتقاد في بعض أجزاء أفريقيا عند الرجال الذين يرون أن "الإيدز"

يرتبط بالهزال، ويعتقدون أن مضاجعة امرأة بدينة شيء مأمون، ويعتقد آخرون أنه يمكن لرجل يحمل الفيروس أن يتخلص منه بمضاجعة امرأة عذراء" (10).

وفي إطار البيئة الجاهلة والأمية ذات الظروف الصعبة يعتقد بعض الرجال أن الإيدز ما هو إلا خرافة أطلقها منتجوا العازل الذكري لحمل الناس على شراء منتجاتهم (11). ويقص آخر "يقولون أن فيروساً أمرضني، لكني أعلم أنه مس من السحر" وارتباطاً بذلك يؤكد مراهق في نورفولك بإنجلترا قائلاً "تغرقك وسائل الإعلام ببعض الأرقام رغماً عنك وتبالغ في رسم صورة قاتمة أكثر من الواقع كي تثنيك عن ممارسة الجنس" (12) وهو ما يعني أن الجهل والأمية والتخلف ظروف تلعب دوراً رئيسياً في عدم الاهتمام بالمعلومات أو المعرفة الصحية عن الإيدز.

يعتبر الفقر من العوامل المسئولة إلى حد كبير عن انتشار الإيدز. وذلك إما لارتباطه ببعض الظروف الأخرى، كالأمية والجهل التي تيسر انتشار الإيدز. أو لأن الفقر بذاته يدفع إلى ممارسة بعض السلوكيات ذات الصلة بانتشار هذا المرض. بداية نحن إذا نظرنا إلى خريطة العالم لانتشار مرض الإيدز، فسوف نجد حقيقة لا يمكن تجاهلها تتمثل في انتشار فيروس الإيدز في أشد المجتمعات فقراً. وأنه إذا انتشر في بعض المجتمعات الغنية فإننا سوف نجد أن كثافة الإصابة بالمرض سوف تتزايد في نطاق جيوب الفقر والحرمان، ومعظمها في الأحياء الحضرية الفقيرة. وبذلك يعتبر الفقر أضعف خط لمقاومة انتشار الإيدز، وواحد من أعتى القوى الدافعة لانتشاره (13). وعلى سبيل المثال نجد أن الأمريكيين من أصل أسباني - الذين يعيش 25٪ منهم تحت خط الفقر - من نسبة 10٪ التي تشير إلى مجموع الفئات الإثنية مجتمعه على المستوى القومي - الذين كانوا يشغلون 9٪ من السكان في عام 1991 شكلوا نسبة 16٪ من المصابين بالإيدز. أما الأمريكان من أصل أفريقي وفقرهم أسوأ من ذلك، فإننا نجدهم يشكلون 12٪ من السكان، ولكنهم يشكلون قرابة 28٪ من حالات الإيدز. وفي عام 1992 كانت معدلات الإصابة بالإيدز بين النساء السود أكثر من 30 إصابة لكل 100.000 امرأة، مقابل معدل يقل عن حالتين لكل 100.000 بين النساء البيض وهو ما يعني أن الفقر يعتبر من العوامل المساعدة على انتشار الإيدز، إما بسبب ارتباطه ببعض الظروف المتردية، أو بسبب دفعه المباشر لممارسة الجنس من أجل الكسب، أو تعاطي المخدرات للتغلب على الظروف المعيشية المؤثرة.

تعتبر سياسات التنمية السريعة التي تركز على النمو الشامل والسريع على حساب الاعتبارات الاجتماعية الأخرى من العوامل التي يمكن أن تلعب دوراً رئيسياً في انتشار المرض. فالاتجاه إلى التصنيع واستئثاره بمعظم الميزانيات أدى إلى إهمال الاستثمار في المناطق الريفية، الأمر الذي دفع هذه المناطق التي تعتمد تقليدياً على ذاتها إلى أحضان الفقر والديون، الأمر الذي اضطر الناس إلى الهجرة بحثاً عن العمل. وفي منتصف عام 1991، أصبحت أشد الفئات تأثراً بفيروس الإيدز هم عمال البناء وصيادي الأسماك والنساء الذين يعملون في تجارة الجنس، وكثير منهم مهاجرون جدد من المناطق الريفية [14]، ذلك أن الهجرة إلى المدينة تلعب دوراً في انتشار تجارة الجنس ومن ثم الإيدز. وذلك لأن الهجرة تستأثر بأفضل العناصر عادة. حيث يؤدي وقوعها إلى تمزق الحياة الأسرية والعلاقات المستقرة إضافة إلى تفكيك الضوابط التقليدية المنظمة للسلوك، وفي هذا الإطار يسعى الرجل أو المرأة إلى إعادة بناء حياتهما بعيداً عن الوطن وقد يتخذ كل منهما شريكاً آخر لممارسة الجنس أثناء فترات الغياب الطويلة. وعلاوة على ذلك يجد كثيراً من الذين يتركون وطنهم سعياً وراء العمل أن الدعارة هي أفضل وسيلة، أو لعلها الوسيلة الوحيدة أحياناً التي توفر لهم سبل العيش[15].

بالإضافة إلى ذلك يسكن المهاجرون الجدد في الغالب المناطق العشوائية، الأكواخ أو مدن الصفيح، وهو نمط من المعيشة وأسلوب للحياة والسكن ييسر إيواء كل المهمشين عن المجتمع. في هذه المجتمعات يساعد الطابع المعماري السائد على فساد الأخلاق، كأن تشترك عشرات الأسر في دورات مياه واحدة، أو يسكنون حجرات متجاورة، مفتوحة على بعضها، تيسر الاختلاط المنحرف، الأمر الذي يجعل الانحراف في مثل هذه التجمعات هو القاعدة وليس الاستثناء، وفي هذا الإطار تتشكل التربة الملائمة لنمو فيروس الإيدز وانتشاره.

بالإضافة إلى ذلك هناك رأي متحيز ضد المرأة يؤكد أن النساء فئة أو ميدان ملائم لانتشار الإيدز، وهو متحيز لأن الجنس خارج الشرعية الزواجية سلوك لا

تمارسه المرأة وحدها، ولكن يمارسه في الغالب رجل وامرأة. يؤكد هذا الرأي المتحيز على أن البغاء وممارسة الجنس مع شركاء متعددين، وتعاطي المخدرات[16] يعتبر من العوامل الأساسية لانتشار الإيدز. ويرجع ربط الإيدز بالمرأة، بسبب النطاف التي تبقى عالقة بعد الممارسة الجنسية، والتي ربما تلعب دوراً في تشكيل هذا الفيروس. وفي دراسة أجريت على أربعين تلميذاً في أوغندا من الجنسين، حيث سئلوا عن رأيهم في اعتبار المرأة هي المسئولة الأولى عن انتشار فيروس الإيدز، أجاب غالبيتهم بأن المرأة هي المسئولة، بينما رأي ثلاثة فقط أن الرجل هو المسئول[17].

وارتباطاً بذلك تقول إحدى النساء، كان اختياري أن أصبح بغياً، لم يجبرني أحد، لكن البديل أمامي كان الفقر، حيث لم أتلق أي تدريب على أي مهنة، أملي الآن أن أبني لوالدي بيتاً لائقاً ثم أترك هذه المهنة إلى الأبد[18]. وتقول امرأة أخرى قد يجعلني الإيدز مريضة يوماً، لكنني لو لم أمارس البغاء فلن تجد أسرتي قوتها، وسنمرض جميعاً على أي حال[19]. وهو ما يعني أن غياب وجود دخل للمرأة أو الأسرة قد يدفعها لممارسة الجنس كمصدر للدخل، هذا الجنس في العادة يتميز بخاصيتين الأولى ارتباطه بتعاطي المخدرات، والثانية ارتباطه بتعدد الممارسة، وكلاهما يفضي في النهاية إلى الإيدز.

وتعتبر السياحة، وطلب الجنس خلالها، وجهاً آخر من وجوه استغلال النساء الفقيرات، وإن كان المروجون لهذه الصناعة الضخمة الأرباح يبذلون قصارى جهدهم للتغطية على حقيقة حياة البغايا بواجهة الجاذبية الخاصة للأجنبيات، والقبول بالبغاء في المجتمعات التي يقصدها السياح، كما أن لهذه السياحة مظهراً من مظاهر ازدواجية المعايير، لأن الرجال القادمين من العالم الغني أو من البلدان التي تفرض عقوبات قاسية على ممارسة الجنس خارج إطار الزواج، يقطعون المسافات الطويلة بحثاً عن شريكات الجنس، أو أن بعضهم قد يعاني من الوحدة والعزلة الاجتماعية ويبحث عن الألفة التي يفتقدها في موطنه، فالكثيرون يحرصون على التقابل مع شريكات لا يطلبن العواطف والمحبة التي تطلبها زوجاتهم أو عشيقاتهم في مجتمعاتهم[20]. ولا مانع من أن تغض الدولة المستضيفة للأفواج السياحية الطرف عن هذه الممارسات اللاأخلاقية لاعتبارات اقتصادية بالأساس.

تشكل الطفولة بدورها أحد ميادين أو سياقات انتشار مرض الإيدز، حيث يطرد الأطفال من مواطنهم بسبب الفقر ويعيشون في أوضاع تزيد من خطورة إصابتهم بالإيدز، فأكثر من 100 مليون طفل في جميع أرجاء العالم يقاسون من شظف العيش في الطرقات بعد أن هجرهم آباؤهم لعجزهم عن إطعامهم وكسوتهم، أو فروا من ظروف يرون أنها لا تطاق. ويعيش نحو 20 مليون طفل من هؤلاء في شوارع المجتمعات الصناعية، 40 مليون طفل في أمريكا اللاتينية، و30 مليون طفل في آسيا، و10 ملايين طفل في أفريقيا. ويأتي الخطر الأكبر الذي يتهددهم وهو الإصابة بفيروس الإيدز من ممارسة الجنس، وإذا كان الكثير منهم قد هربوا من الظروف الصعبة لأسرهم. فإنه لا يصبح أمامهم سوى الخضوع للاستغلال الجنسي من قبل الأولاد الأكبر سناً والبالغين في الشوارع. ويتعرض بعضهم للإصابة بهذا الفيروس عن طريق العلاقات الجنسية التي يقيمونها مع الشباب الآخرين في الشوارع ممن يكونون في الغالب المصدر الوحيد لسلامتهم البدنية وراحتهم الوجدانية. ويبيع البعض أنفسهم للجنس من أجل البقاء فهؤلاء الصغار الذين لا مأوى لهم، والذين يعيشون على الدعارة، يشكلون أحد مظاهر المدن والمرافئ المزدحمة من أمريكا اللاتينية إلى جنوب شرق آسيا وأفريقيا وأوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، ويعتقد أنه ما بين 50.000 و 75.000 طفل من أبناء الشوارع يعيشون على الدعارة [21].

ويبدو أن دعارة الأطفال قد ازدهرت نتيجة لخوف زبائن الجنس من الإيدز، الأمر الذي دفع القوادين والوسطاء إلى استغلال مخاوفهم بتأكيدهم على "براءة" بكارة البغايا الصغيرات التي تدل على أنهن من الأرجح بريئات من العدوى.

أما بالنسبة للأطفال أنفسهم فالأخطار فظيعة. ويغلب الظن بأن الجهاز الجنسي غير الناضج عند الفتيات الصغيرات فائق الضعف أمام العدوى بفيروس الإيدز. وخاصة عند تمزق غشاء البكارة بممارسة الجنس قسراً، كما أن ممارسة الجنس في "الدبر" التي يتعرض لها الصبية بوجه خاص بالغة الخطورة نظراً لتمزق الأنسجة [22].

وليس الأطفال هم الدين يتعرضون فقط للاستغلال الجنسي ولكن الشباب كذلك، خاصة مرحلة الشباب المبكر، واستناداً إلى معلومات قدمها بعض الشبان

لبعض علماء الاجتماع الذين درسوا مشكلات الجنس في أفريقيا. حيث أشاروا إلى بعض الشبان، كثير منهم من الطلبة المحتاجين للمال، من أجل متابعة الدراسة، الذين يبيعون الجنس بأعداد متزايدة باطراد في شوارع أديس أبابا، وفي بلدان وسط وشرق أوروبا، حيث تعين على ممارسي الجنس مع نفس النوع (الجنسية المثلية والسحاق) أن يخفوا هويتهم الجنسية لعقود طويلة خشية القمع الاجتماعي والسياسي. إلا أن السنوات القليلة الماضية شهدت أول نشاط لحركة تحرير هذه الفئة، حيث بدأ الناس يدافعون عنهم. وبدأوا هم بجرأة يدافعون عن أنفسهم [23]. الأمر الذي يشير إلى ضعف معايير الثقافة التقليدية التي كانت تشكل ضوابط اجتماعية وثقافية، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى مزيد من انتشار هذا المرض.

وتعتبر البنية الطبقية في جملتها أحد الميادين أو السياقات الهامة التي ينتشر في إطارها فيروس الإيدز، ولو كان ذلك بأبعاد ومعدلات متفاوتة نسبياً. وإذا كانت الطبقة الدنيا مجالاً لانتشار الإيدز في إطارها بسبب عوزها وتدني مستوياتها المعيشية، وحاجتها لإشباع حاجتها الأساسية، حيث نجد أن غالبية شرائح الطبقة الدنيا هي شرائح مهمشة اجتماعياً. قد تتعاطى هذه الطبقة المخدرات، أو تتعامل مع الجنس خارج الشرعية الزواجية، حفاظاً على البقاء بالأساس، والمرأة في هذه الشريحة هي الفئة التي تسعى للبحث عن فرص الحصول على دخل ولو من خلال الجنس، ومن ثم فهي رأس حربة الالتقاء مع فيروس الإيدز في هذه الطبقة، حيث الالتقاء بالإيدز تحت وطأة الحاجة، وليس طلباً للترف.

على نقيضها الطبقة العليا، التي نتوقع أن يكون لديها معدلات أقل لانتشار فيروس الإيدز. وإذا كانت الطبقة الدنيا تلتقي بالإيدز تحت وطأة الحاجة، تلتقي الطبقة العليا بالإيدز على ساحة الترف. فشباب هذه الطبقة يبحث عن المتعة من كل اتجاه، وقد يتعرض للإصابة مصادفة، ثم بعد ذلك تتحول المصادفة إلى واقع داخل هذه الشريحة الطبقية. من المحتمل أن تكون معدلات الإصابة أقل كثيراً داخل هذه الطبقة مقارنة بالطبقة الدنيا.

ويختلف الحال بالنسبة للطبقة المتوسطة، حسبما يقولون 'الإيدز هو مرض الطبقة المتوسطة'. هكذا كانت الحال في أفريقيا فمثلا في جمهورية تنزانيا أطلق على الإيدز

(مرض المال) لأن أول من أصيبوا به كانوا ينتمون فيما يبدو لطبقة التجار الذين ازدهرت تجارتهم حول بحيرة فكتوريا. وفي رواندا كان نحو ثلث عينة المصابين بفيروس الإيدز قد تلقوا تعليمهم الثانوي أو التعليم العالي، مما يدل على أن دخولهم تزيد عن المتوسط. وفي زامبيا كان ثلث عينة ممثلة قد قضوا أكثر من أربعة عشر عاماً في المدارس. وفي ملاوي كشف بحث أجرى لعوامل الخطر بالنسبة للعدوى بفيروس الإيدز بين 5500 امرأة من الحوامل أن نسبة 23٪ منهن كن يحملن فيروس الإيدز، وكانت النساء اللاتي تزوجن أو عاشرن رجالاً ذوي مركز اجتماعي اقتصادي مالي عالي أكثر تعرضاً للعدوى ممن كان رجالهن أقل ثراء[24]. وفي أثيوبيا كانت أعلى نسب حالات الإيدز المعروفة توجد بين موظفي الحكومة والأعضاء السابقين في القوات المسلحة. وإبان التسعينيات ستفقد بعض البلدان الأفريقية ما بين 10٪ ، 15٪ من أبناء الطبقة المتوسطة من العمال الصناعيين، ورجال الأعمال والمعلمين والأطباء والسياسيين الذين يعتمد عليهم في مجال التنمية الاجتماعية الاقتصادية[25] .

ويرجع البروز الواضح للطبقة المتوسطة على خريطة الجنس إلى اعتبارين، الأول أنه إذا كانت نساء الشرائح الدنيا هن اللائي يقدمن سلعة الجنس، فإن رجال الطبقة المتوسطة هم مستهلكوها لأن في قدرتهم الاقتصادية المتوسطة دفع قيمتها. والثاني في أن انصراف أبناء الطبقة العليا عن جنس الطبقة الدنيا، يجعل الطبقة الأخيرة تعمل على تسويق سلعتها في نطاق الطبقة المتوسطة. هذا بالإضافة إلى أن المخدرات الناقلة لفيروس الإيدز، هي أكثر انتشاراً في نطاق الطبقة المتوسطة أيضا، بيد أن ذلك لا يمنع من حدوث قدر كبير من التداخل بين هذه المكونات الطبقية.

رابعاً : سياسات الرعاية الاجتماعية لمرضى الإيدز

من الطبيعي أن تشرع الدول والمجتمعات في تأسيس السياسات الاجتماعية لمواجهة الإصابة بفيروس الإيدز بين سكانها ولنجاح هذه السياسات ينبغي أن تستند أولا إلى قاعدة من المعلومات التي يوفرها البحث العلمي فيما يتعلق بمختلف السياقات التي يتوقع أن ينتشر فيروس الإيدز في إطارها. علىٰ أنه من الضروري أن تراعى هذه السياسات تأسيس نظام يحدد أولويات المواجهة بالنسبة لمختلف السياقات،

إضافة إلى تحديد الأساليب الأكثر نجاحاً للتعامل مع حاملي هذا الفيروس في كل مجال من هذه المجالات المختلفة. وسوف نعرض فيما يلي لبعض الملامح الخاصة بسياسة اجتماعية مقترحة في مواجهة انتشار فيروس الإيدز.

1. يتمثل البعد الأول في هذه السياسة الاجتماعية في العمل السريع والدؤوب والشامل لجمع أكبر قدر من المعلومات فيما يتعلق بخريطة الإيدز في المجتمع، وكثافة الانتشار وميادينه أو سياقاته على المواقع المختلفة لهذه الخريطة. ذلك يتحقق عن طريق إجراء كثير من المسوح الاجتماعية والطبية التي تستهدف التعرف على كثافة وجود أو انتشار الفيروس، إضافة إلى طبيعة الظروف الاجتماعية للمرضى وأسلوب حياتهم. فإن ذلك من شأنه أن يساعد كثيراً في المواجهة ويمكن أن تتعاون كثير من الهيئات المحلية والدولية في تمويل هذه البحوث والمسوح، فذلك من شأنه أن يساعد على تأسيس السياسات الاجتماعية الفعالة في مواجهة انتشار هذا المرض وحصاره، وحتى يمكن تحقيق ذلك، فإنه يمكن تأسيس هيئة أو وكالة تشارك فيها وزارة الصحة والشئون الاجتماعية والتعليم، والأمن القومي يكون من مهامها الأساسية توجيه البحوث والمسوح المتعلقة بالمرض، وأيضا تحديد أفضل السياسات للمواجهة بمستوياتها العديدة من حيث الوقاية والعلاج والرعاية.
2. استناداً إلى هذه القاعدة من المعطيات والمعلومات المتعلقة بفيروس الإيدز، فإنه من الضروري تأسيس السياسات الاجتماعية والصحية في مواجهة انتشار هذا الفيروس ومحاصرته. على أنه من الضروري أن تعمل هذه السياسات على تحقيق أهداف عديدة. نذكر منها رسم وتنفيذ الحملات الإعلامية، وتوفير الخدمات الاجتماعية والصحية التي يحتاجها الناس لحماية الناس أنفسهم من عدوى فيروس الإيدز، إضافة إلى تلبية الحاجات المتزايدة تدريجياً إلى الرعاية مع تطور حالة المصابين بفيروس الإيدز إلى مرحلة الإصابة بالإيدز. على أنه من الضروري أن تتصف هذه السياسات بعدة خصائص، منها العقلانية أي تستند إلى حقائق علمية ثابتة يتم تطويرها وتصحيحها على الدوام، وكذلك الإحاطة والشمول، بحيث لا تقتصر على علاج المريض أو رعايته فقط، ولكن ينبغي أن

تمتد هذه السياسات لتشمل أسرته المباشرة، حتى نوفر لهم قدراً من الاستقرار النفسي في مواجهة هذا المرض، إضافة إلى تميزها بالاستمرار والدوام، بمعنى أن يكون لدى هذه السياسة تصور فيما يتعلق بالمراحل المختلفة للمرض، وأيضا للجوانب المختلفة التي ينبغي التصدي لها ومواجهتها خلال مختلف المراحل.

3. من الضروري كذلك أن تسعى هذه السياسات إلى تعديل الاستجابات الاجتماعية للمرض، وذلك من خلال التوعية بعدة أبعاد أو جوانب. الأول السعي الدؤوب لإلغاء طابع "الوصمة" الاجتماعية والأخلاقية عن المرض وإبراز أنه بغض النظر عن آلية انتقال فيروس المرض إلى المريض، الا أن هذا المريض في حاجة إلى الدعم العاطفي الآن، من شأن هذا الدعم العاطفي أن يساعد على رفع معنويات المريض من ناحية، ومن ناحية ثانية فإنه يقاوم عزل المريض أو جماعته الأسرية وحتى يحدث التفاعل بين المريض وجماعته وبين المجتمع في حالة من الاستقرار وعدم الرعب أو الفزع. والثاني أن تعمل هذه السياسات على نشر المعلومات الدقيقة والحديثة عن مرض الإيدز وأساليب انتقاله. بحيث نؤسس حالة من الوعي العقلاني المرتبط بالمرض من حيث خطورته وأساليب انتقاله، حتى لا يصاب الآخرين به، وفي نفس الوقت نحافظ على الدعم العاطفي الذي يمكن أن يقدمه هؤلاء الآخرون للاستقرار النفسي للمريض.

4. أن تعمل السياسات الاجتماعية والصحية على تأسيس شبكات المواجهة، ونعني به أن تحدث حالة من التوعية العامة بالمرض من حيث طبيعته وآليات انتقاله ولتحقيق ذلك لابد أن نوضح بداية- لرفع الوصمة الأخلاقية- أن السلوك الجنسي شائع في المجتمعات وأكثر تنوعاً مما كنا نتصور، والسلوك اللوطي مثل السلوك الجنسي قائم وموجود في كل المجتمعات ويشكل جزءاً من التشكيلة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي المتصل بالتعبير عن الجنس البشرى. ذلك لأن قبول هذه المسلمات من شأنه أن يساعد على نجاح السياسات الاجتماعية. ولتحقيق هذه التوعية العامة لابد من تأسيس شبكة مواجهة فيروس الإيدز، وهي تتكون من وجود مصادر عديدة للتوعية بشأن فيروس الإيدز في مختلف مواضع الخريطة الاجتماعية التي يتحرك في إطارها الإنسان، ويتعامل مع آخرين الذين

يتولون بدورهم إمداده بالمعلومات الكافية، نذكر من ذلك رجال الدين في دور العبادة، المدرسون في المدرسة، المرشدون في النوادي، فالإنسان يستوعب عادة المعلومات التي تأتيه من هذه المصادر، ولا يستمع إلى المعلومات التي تبثها الحكومة عادة.

ولنجاح حملات التوعية التي تتبناها هذه السياسات فإنه من الضروري أن تستخدم ما يمكن أن نسميهم "مثقفين نظراء" وهم أشخاص من نفس الخلفية الاجتماعية للجماهير المستهدفة بالتوعية، ومن نفس مستواها الاجتماعي الاقتصادي، ويتكلمون نفس لغتها ويشاركون في ذات القيم والأعراف والتقاليد، ويعرفون اللغة الملائمة للتفاهم مع الجماهير، فهؤلاء الأشخاص يكونون قادرين في العادة على توصيل المعلومات المتعلقة بفيروس المرض، والذين تقتنع الجماهير بأفكارهم ووجهة نظرهم، لأنهم متجانسون مع هذه الجماهير، وليس بينهم وبين الجماهير عوازل أو فواصل.

بالإضافة إلى الاستعانة بالمثقفين النظراء، يمكن الاستفادة في عملية التوعية أو في أداء هذه السياسة "بأشخاص مشاركون" أي يشاركون في نفس الموقف من المرض. فمثلاً استعانت بعض حملات التوعية بفيروس الإيدز بين البغايا في مدينة أكرا بغانا بتدريب ست نساء بغيات، قادرات على التعبير بوضوح، ويتصفن بصفات قيادية ويحظين باحترام زميلاتهن من البغايا. وقد عملن مع منظمي مشروع التوعية في إعداد مواد تثقيفية قمن بتوزيعها بعد ذلك، مع واقيات وأقراص مبعدة للنطاف بالمجان على زميلاتهن في نوادي أكرا الليلية[26]. وقياساً على ذلك يمكن الاستفادة في هذه الحملات من خلال تجنيد بعض الشباب من الجنسين للتوعية بفيروس المرض بين الشباب مثلاً، وفي هذا الإطار يؤكد هربرت فريدمان أن هناك مبدأ رئيسي للاتصال والتوعية الناجحة يتمثل في البدء من مكان وجود البشر، وليس من المكان الذي نعتقد أنهم موجودين فيه، حيث يتحقق ذلك من خلال أشخاص من نفس السياق الاجتماعي، ذلك انجح وأيسر من التثقف أو التوعية التي تصدر عن متخصصين من داخل أبراجهم العاجية" [17].

5. بالإضافة إلى ذلك فإنه من الضروري أن يقوم الجهاز الإعلامي بجهد للتوعية في هذا الإطار. بداية ينبغي أن يعمل جهاز الإعلام على عدم دعم الأفكار والسلوكيات المتعلقة بما هو منحرف، فالجنس الذي تعرض له بعض البرامج أو من خلال الإعلان أو حتى من خلال التكنولوجيا الحديثة للاتصال والإعلام. وما ينبغي أن يحدث فيما يتعلق بالجنس ينبغي أن يحدث كذلك فيما يتعلق بالمخدرات.

في أعقاب ذلك من الضروري أن يؤسس الجهاز الإعلامي لسياسات إعلامية في هذا المجال تتولى التثقيف بطبيعة المرض، وآليات انتقاله وانتشاره (سواء من خلال الجنس أو المخدرات أو نقل الدم). ثم ما هي المحاور أو الاحتياطات التي ينبغي أن نراعيها. ولا مانع من الاستعانة ببعض الأخصائيين من مختلف المجالات، بل وببعض المصابين أو من يخالطوهم لتوضيح هذه الجوانب. وينبغي أن توجه هذه الحملات إلى الشباب بمراحلهم العمرية المختلفة وبكافة فئاتهم.

على أنه من الضروري أن تتجنب الحملات الإعلامية من أجل الوقاية تخويف البشر أو مضايقتهم بفيروس، أو تنفيرهم بل ينبغي أن تستهدف هذه الحملات تأسيس بيئات اجتماعية تدعم مواجهة انتشار فيروس الإيدز، من خلال توعية الناس بالمجموعة الكاملة من الخيارات المتعلقة بمختلف أنماط السلوك المتصل بهذا المرض، بل وتشجيعهم على تحمل مسئولية المشاركة في المواجهة.

بالإضافة إلى ذلك ينبغي أن يقدم الإعلام من أجل التوعية الجادة المعلومات الصحيحة عن المرض، كما عليه أن يقوم بتصحيح المفاهيم الخاطئة، كذلك يجب على الإعلام أن يلعب دوراً في التغلب على التقاليد الاجتماعية والأفكار الراسخة التي تشكل عقبة في طريق مكافحة المرض في مختلف السياقات.

6. بدأت الجمعيات أو المنظمات الأهلية في الفترة الأخيرة تلعب دوراً محورياً في المواجهة. أولاً لأن الدولة في العالم المعاصر بدأت تنسحب من أداء بعض المهام الرئيسية التي كانت تقوم بها في الماضي، وثانياً لأن المنظمات الأهلية تعتمد على العمل التطوعي من قبل بعض البشر الذين يرغبون في تقديم الدعم بصوره

المختلفة للمصابين بهذا المرض. وذلك لأنه قد تأكد أن المصابين بهذا المرض ينتابهم الشك في السلطات الحكومية، وينزعون إلى رفض أي برنامج ذي طابع رسمي، وعلى سبيل المثال، أنشئت "الرابطة المغربية لمكافحة الإيدز" في عام 1988 من أجل نشر المعلومات والتشجيع على تغيير السلوك، وتقديم الرعاية والدعم للمصابين بفيروس الإيدز. وتلتزم الرابطة في إنجازها لمهامها، بوجه خاص بحماية حقوق الإنسان، وبكرامته وبالكفاح ضد التمييز.

وإلى جانب "الرابطة المغربية لمكافحة الإيدز" هناك عديد من المنظمات الأهلية في العالم العربي والإسلامي، نذكر منها على سبيل المثال الجمعية المصرية لمكافحة الإيدز التي أنشئت في الإسكندرية عام 1992، ومعظم تمويلها من رجال الأعمال المحليين، كما يلعب الاتحاد النسائي السوري دوراً نشطاً في إذكاء الوعي بمسائل فيروس الإيدز. وكذلك حركة الكشافة العربية التي اهتمت بموضوع الإيدز في عام 1992، إضافة إلى الجمعية الباكستانية للوقاية من الإيدز والتي تأسست في عام 1990. وإلى جانب كثير من الجمعيات التي تهتم بالمرأة عموماً، أو بمواجهة مشكلة المخدرات.

ولمزيد من تطوير العمل في نطاق المنظمات الأهلية، فإنه من الضروري أن تتجه هذه المنظمات الأهلية إلى التخصص في إنجازها لعملها، بمعنى أن تهتم بعض هذه المنظمات بالتوعية، والأخرى بجهود الرعاية، بينما تهتم مجموعة ثالثة بالبحث في هذا المجال، وذلك منعاً لتكرار الجهود، ولمزيد من ترشيد الأداء والإنجاز.

7. ويتمثل البعد الأخير في هذه السياسة الاجتماعية والصحية للمواجهة في ضرورة أن نعمل على إعادة الحيوية للقيم الاجتماعية والدينية في المجتمع. فمما لاشك فيه أن مجتمعنا يعاني من ضعف منظومة القيم التي توجه السلوكيات في إطاره، وكذلك أسباب وعوامل عديدة، تاريخية ومعاصرة، ذلك أن امتلاك المجتمع لمنظومة من القيم القوية والفعالة سوف يساعد على ترسيخ قاعدة الأخلاق لديه. بحيث تشكل هذه القاعدة الدرع الذي يقي شبابنا من المخدرات، ومن الجنس الذي ينساب من خلال تكنولوجيات الاتصال الحديثة، وأيضاً من الممارسات الجنسية المنحرفة خارج الشرعية الزواجية.

يحتاج تأسيس هذه المنظومة القيمية إلى تأمل وإبداع من قبل المثقفين، والمسئولين الذين تتوفر لديهم الرغبة الحقيقية في الحفاظ على سلامة تماسكه وأمنه القومي، كما تحتاج تربية الأجيال الصغيرة والشابة إلى جهد مخلص تؤديه مؤسسات التنشئة الاجتماعية المختلفة بفاعلية وتآزر.

خامساً: خاتمة

في أعقاب عرضنا لموقف العلوم الاجتماعية من تحديد متغيرات فيروس الإيدز والبيئات الاجتماعية أو السياقات التي ينتشر فيها، وكذلك دور هذه العلوم في اقتراح السياسات الاجتماعية التي يمكنا إتباعها لمواجهة المرض، فإننا نعرض في الخاتمة لبعض الملاحظات التلغرافية التي تؤكد بصورة عامة على بعض الجوانب.

1. وتتعلق الملاحظة الأولى بطبيعة المعلومات المتعلقة بمرض الإيدز على المستوى العربي أو الأفريقي أو المصري. فمن المؤكد أن هناك تضارب وتناقض في المعلومات بشأن المرض، كما أن هناك اتجاه إلى التقليل من حجمه مقارنة بالمجتمعات الأخرى. واعتقد أن ذلك قد يساعد على نشر حالة من الاسترخاء الذي قد يؤدي إلى تفاقم المشكلة. خاصة أن لدينا الظروف التي تيسر زيادة الإصابة، فمنها أن المجتمعات العربية تشهد أكبر معدلات للسفر والهجرة الخارجية والداخلية، المؤقتة والدائمة. كما أن مجتمعاتنا أصبحت مفتوحة لتوفير الظروف التي تساعد على انتشار المرض، حركة السياحة الكثيفة من الخارج إلى الداخل، تسرب المخدرات، الجنس الذي ينساب من خلال الفضائيات وتكنولوجيات الاتصال والإعلام الحديث.
2. أن الادعاء بأن لدينا تقاليد وقيم ومبادئ دينية تشكل درعاً يقي المجتمع من انتشار السلوكيات التي تيسر انتشار الإصابة بفيروس الإيدز (الجنس وتعاطي المخدرات) ادعاء يجانبه الصواب. وذلك يرجع إلى ضعف قيم الثقافة والدين في المجتمع لعوامل وأسباب عديدة، منها تعدد وتغير الخطاب الثقافي والإيديولوجي في النصف الثاني من القرن العشرين، الأمر الذي أدى إلى اهتزاز بناء الثقافة والقيم، إضافة إلى الاختراقات الثقافية الذي بدأ يحدث للثقافة في مجتمعنا من

خلال تكنولوجيات الاتصال والإعلام الحديثة، بحيث تسربت قيم وأفكار غريبة على المجتمع تساعد على انتشار هذا المرض، وأصبحت تؤدي دورها بقدر من الفاعلية.

3. أن الإجراءات العربية لمواجهة المرض على المستوى الرسمي مازالت كسولة وعاجزة عن الملاحقة. لذلك فإنه ينبغي أن يبذل جهد جاد وواعي وشامل، على المستوى العربي أو المستوى القطري، للتعرف على حجم الظاهرة، وأيضاً لرسم سياسات أكثر فاعلية لمواجهة فيروس الإيدز.

4. إننا أصبحنا الآن نعيش في عصر العولمة، حيث بدأت ثقافات عالمية قوية لا تتلاءم مع أوضاعنا، وقيمنا تتجه إلى تدمير بقايا ثقافتنا المحلية والقومية، مستغلة بذلك انسحاب الدولة من بعض المناشط، وعجزها عن مواجهة آليات ثقافة العولمة، كالفضائيات وتكنولوجيا الاتصال والإعلام الحديثة، التي تعمل على نشر الأفكار التي تتولى تأجيج جذوة الجنس فإذا تزاوج ذلك، مع ضعف القيم والأخلاق، وتسرب المخدرات، فإن الإصابة بفيروس الإيدز يصبح اللحظة التي تمثل نهاية دائرة.

المراجع

1. الأهالي. أول حديث شخصي مباشر مع مريض بالإيدز، (في السجن، رموني في التأديب، وفي المستشفى أهملني الأصدقاء)، 2 أغسطس 1989.
2. نفس المرجع.
3. نفس المرجع.
4. Human Rights Internet: Double Jeopardy Threat to Life and Human Rights. March, 1990.
5. روزاليوسف. في قرية البجلات - المنصورة، حالة ذعر منذ وصول الشيخ، 14/ 8/ 1989.
6. الأنباء. د. المشد صاحب الفتوى: حق الجماعة في الحياة أولى من حق الفرد، 21/ 7/ 1989.
7. منظمة الصحة العالمية. الإيدز، صور من الوباء، جنيف، 1994، ص:32.
8. الأهرام. 5 آلاف شخص مصابون بالفيروس، الإيدز يقتحم بيوت المصريين، 13 أغسطس 1993.
9. PWA,s Confront teem denial, World AID Special Report, March, 1991.
10. منظمة الصحة العالمية. مرجع سابق، ص: 45.
11. نفس المرجع، ص: 45.
12. نفس المرجع، ص: 46.
13. نفس المرجع، ص: 49.
14. Ungphakotn, I: The impact of AIDs on woman in Thailand, August, 1990, P, 15.
15. Ibid. 15.
16. منظمة الصحة العالمية (تقرير). مرجع سابق، ص: 45.

17. Barnett T, Blaikie P. AIDs in Africa. Its Present and Future Impact. London, Belhaven Press, 1992, P. 34.
18. Ibid. P, 51.
19. منظمة الصحة العالمية (تقرير). مرجع سابق، ص: 24.
20. نفس المرجع، ص: 61.
21. World AIDs Briefing No, 20 March 1992.
22. منظمة الصحة العالمية (تقرير). مرجع سابق، ص: 24.
23. منظمة الصحة العالمية (تقرير). مرجع سابق، ص: 24.
24. Barntt T, Blaikie P. op, cit. P. 52.
25. AIDs analysis Africa, September / October, 1999.
26. The UNESCO Courier, AIDs,a World emergency, P. 16.
27. Ibid. P, 25.

الفصل الخامس

الخريطة الاجتماعية للصحة والمرض(*)

مقدمة

يعرض هذا البحث لمسألة الخريطة الاجتماعية للصحة والمرض على مستوى العالم الثالث والعالم المتقدم صناعياً، كما يقف وقفة متأنية أمام انتشار بعض الأمراض في مناطق جغرافية بعينها في عالم اليوم ، والقضية في نظرنا لا تكمن فحسب في الخصائص السكانية المتصلة بالمرض والإطار البيئي - بمنظوماته الفيزيقية والاجتماعية والثقافية - بل تجسد كذلك السياسة الصحية والسياسات الاجتماعية في المجتمع من جهة، وقضية العدالة الاجتماعية من جهة أخرى.

وتعني الخريطة الاجتماعية للصحة والمرض الأبعاد الاجتماعية والثقافية المتصلة بالصحة والمرض لدى شرائح اجتماعية معينة في مناطق بعينها.

أولاً: الخريطة الاجتماعية والمرض

في المدة من 1851 - 1960 قدمت خريطة لمرض السرطان في لندن شملت السيدات المصابات بالمرض في تلك الحقبة، واتضح منها أن أعلى نسبة وفيات بسبب السرطان حدثت في غرب لندن. وحاول الباحث أن يربط ذلك بالتشكيلات الجيولوجية في المنطقة، كما حاول هافيلاند Haviland أن يربط بين ارتفاع معدل الإصابة بالسرطان والإقامة بقرب ضفاف الأنهار الكبيرة.

وترجع المحاولات الأولي لتحديد أسباب السرطان والربط بين المرض ومتغيرات كالنوع والمهنة والحالة الاجتماعية إلى ثلاثينيات القرن التاسع عشر. وقد اتجهت بعض المحاولات للربط بين البيئة والإصابة بالمرض، حيث اتضح أنه بينما

(*) كتب هذا الفصل الدكتور ثروت اسحق.

يغلب انتشار سرطان الكبد في موزمبيق فإنه ينـدر في أوروبا والولايات المتحدة، بعكس سرطان الرئة الذي يـزداد انتشاره في الغرب. وفي الوقت الذي ينتشر فيه سرطان المثانة في مصر واليابان ينتشر سرطان المعدة وسرطان الجلد في المناطق الحارة من الكرة الأرضية [1].

وتفصح الدراسات أنه بينما توجد معدلات للإصابة بسرطان القولون والمستقيم في شمال أمريكا واسكوتلاندا ونيوزيلاند فإن أقل المعدلات توجد في آسيا، كما أن معدلات الإصابة بسرطان البنكرياس تزداد في شمال أمريكا، وتوجد المعدلات المتوسطة في أوروبا والدول الاسكندنافية بينما تقل هذه المعدلات في أفريقيا وآسيا [2].

ويرتبط المرض كما ذكرنا بالعديد من الأبعاد الاجتماعية والثقافية. فمن المرجح أن سرطان البروستاتا وسرطان الثدي أكثر شيوعاً لدى الأثرياء، كما وجد أن سرطان الأمعاء الغليظة يرتبط ببعض العادات الغذائية التي من بينها كثرة أكل اللحوم (وخاصة اللحم القرى)، ويتصل كذلك بالإقلال من تناول الحبوب كالقمح والذرة. كما توصلت بعض الدراسات إلى ترجيح وجود علاقة بين الإصابة بسرطان كرات الدم البيضاء الليمفاوي الحاد (اللوكيميا) وارتفاع المكانة الاجتماعية والاقتصادية. كما أن نساء الطبقة الدنيا أكثر عرضه للإصابة بسرطان الرحم نتيجة للزواج المبكر وتكرار عدد مرات الحمل.

ومع أن العديد من الدراسات التي تمت عجزت عن التوصل إلى وجود علاقة سببية بين الإصابة بالمرض والخصائص الاجتماعية والسكانية كالمهنة والتعليم والمستوى الاجتماعي الاقتصادي وغيرها، إلا أن بعض المتغيرات الأخرى كالسن والنوع والعادات الغذائية والموطن الأصلي كان من اليسير الربط بينها وبين الإصابة ببعض أنواع السرطان. فقد أمكن على سبيل المثال الربط بين سرطان الرئة والفم والحنجرة وأمراض القلب وبين انتشار عادة التدخين وبخاصة بين النساء مما يؤدي كذلك إلى تدني معدل الخصوبة والإسراع بهن إلى سن اليأس [3].

وهكذا تبدو محاولة الربط بين الأوضاع البيئية والخريطة الاجتماعية لانتشار المرض جديرة بجذب الاهتمام في عالم اليوم وفي هذا السياق تكمن المشكلة الأساسية، كذلك في أن البيئات الفقيرة تعد بؤره مناسبة لنمو العديد من الأمراض التي تصيب الكبار والصغار والإناث والذكور على حد سواء. ففي أغلب المناطق الحضرية في الدول النامية يؤدي الضغط الشديد على المسكن والخدمات إلى تهرؤ النسيج الحضري، فالكثير من المساكن التي يستخدمها الفقراء مساكن متداعية، وتعاني البنية الأساسية من صور التدني الواضح نتيجة لشدة الزحام ، ويلحق ذلك بالمواصلات العامة والشوارع وشبكات المياه والصرف الصحي المتهالكة. ومن الواضح أن نسبة كبيرة من سكان هذه المدن تحرم عادة من توفر المياه النقية والخدمات الصحية اللازمة ويؤدي ذلك إلى تزايد الإصابة بأمراض يعود معظمها إلى أسباب تتعلق بالبيئة ، ومن أمثلتها أمراض الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي نتيجة لتلوث مياه الشرب واختلاطه بمياه الصرف الصحي، وهي من الأسباب الرئيسية لتدهور الصحة والوفاة ولاسيما بين الأطفال وفي الأحياء التي يسكنها الفقراء يزداد احتمال وفاة الأم والطفل، بينما يؤدي التراخي في مراعاة الشروط الصحية الضرورية في المدن الصناعية إلى مشكلات عديدة نتيجة لتلوث الهواء والماء، والتلوث بالضوضاء والنفايات الصلبة، والحوادث الصناعية وحوادث الطرق.

ثانياً: الخريطة الاجتماعية للمرض في العالم الثالث

يورد تقرير اللجنة العالمية للبيئة والتنمية الأسباب التي تقف وراء تردي الأحوال في المناطق الحضرية الريفية في العالم الثالث حيث يذكر التقرير أن الامتداد العشوائي للمدن يؤدي إلى مشكلات عديدة نتيجة للنمو السكاني المتزايد والهجرة الريفية للحضر مما يزيد من صعوبة توفير السكن والخدمات الصحية وغيرها من خدمات البنية الأساسية لسكان المناطق الحضرية، حيث تنتشر الأمراض الناجمة عن التلوث وسوء التغذية (4). أما في البيئات الريفية الفقيرة فإن الفقراء والجياع غالباً ما يدمرون بيئاتهم، حيث يضطرون لقطع الأشجار، ويستنزفون أراضيهم، كما تنهك ماشيتهم (الضعيفة) المراعي القائمة ، ويعجز الزراع عن مقاومة الآفات الزراعية ،

ويلجأون لاستخدام الأسمدة والمبيدات الرخيصة في المساحات القزمية التي يملكونها. ويزداد خطر تلوث المياه مما يعرضهم للعديد من الأمراض المتوطنة التي تنهك أجسادهم الهزيلة نتيجة لتعذر الحصول على العلاج المناسب، أما الأجراء فإنهم يعانون عادة من البطالة المقنعة. ويؤدي سوء التغذية بالنسبة للإناث والأطفال إلى التعرض للإصابة بأمراض مختلفة كفقر الدم وغيرها.

وليس بخاف أن الفقر لا ينسحب على الفقر المادي فحسب، وعلى الظاهرة المعروفة في العالم الثالث باسم تأنيث الفقر حيث تعاني الأرامل والمطلقات بصفة خاصة من شظف العيش والعجز عن الحصول على ما يكفي لإشباع احتياجاتهن مع أطفالهن، بل إن هذا يشمل كذلك تدني مكانة المرأة ، وعجز القوانين والمؤسسات القائمة عن رعاية الشرائح الفقيرة والمستضعفة ، وتدني الخصائص الاجتماعية للسكان، حيث ترتفع معدلات الأمية وتفتقر القوة العاملة للتدريب المهني اللازم والوعي، وتتدنى المشاركة الاجتماعية إلى أقصى حد ممكن، مما يزيد من حدة الحرمان البشري وضعف الوعي. ويؤدي ذلك لانتشار الأمراض بين هذه الشرائح الفقيرة التي همشها النظام الاجتماعي وجعلها عرضة للمعاناة الجسدية والنفسية، بينما تفشل سبل العلاج التقليدية عادة في مداواتهم (5).

ثالثاً: الخريطة الاجتماعية ووفيات الأطفال في العالم

ويفصح تقرير اليونيسيف عن وضع الأطفال في العالم سنه 2001 (6). إن المشكلات البيئية تكمن وراء انتشار أمراض الأطفال في العالم، إذ أن 20 ٪ من أطفال العالم يموتون نتيجة لظروف الولادة المتعسرة، و18٪ يموتون نتيجة للالتهابات الحادة في الجهاز التنفسي، و17 ٪ يموتون نتيجة للإسهال، و7 ٪ نتيجة لمرض الملاريا. ومصداق ذلك أن هناك 11 مليون طفل يموتون سنويا دون سن الخامسة في مناطق مختلفة ، وأن 2400 مليون نسمه في عالمنا - الذي يبلغ حجم سكانه 6200 مليون نسمة - لا تتوفر لهم خدمات صحية مناسبة، ويتعذر عليهم الوصول إلى مرافق صحية تفي باحتياجاتهم.

ويورد التقرير أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة سنه 1999 يصل إلى 257

في أفغانستان و 207 في الكنغو و 269 في أثيوبيا، بينما يصل إلى 17 في بلغاريا و 9 في ماليزيا و 5 في فرنسا. أما عن معدل وفيات الرضع سنه 1999 فيصل إلى 172 في أنجولا و128 في غينيا بيساو و120 في موريتانيا بينما يبلغ 16 في بلجيكا و5 في استراليا وهولندا و4 في النمسا والدانمرك وفنلندا.

توضح هذه النسب لنا انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة في الدول التي يزداد فيها الاهتمام بالطب الوقائي والعلاجي، وتزداد المعدلات في البلدان التي يقل فيها هذا الاهتمام، حيث ترتفع نسبة السكان الذين يحرمون من خدمات البنية الأساسية عموما والخدمات الصحية بصفة خاصة في البلدان النامية نتيجة لعدم الوعي ونقص الدخل وعدم توفر هذه الخدمات.

رابعاً: الخريطة الاجتماعية والأخطار البيئية

وإذا كانت البيئة تشمل كل ما يحيط بالإنسان حيث تضم البيئة الطبيعية التي تشمل الأوضاع الجغرافية، والنواحي البيولوجية فضلا عن النواحي الاجتماعية والثقافية، فهي تعني في نظر هرسكوفتز Herskovits الخصائص الطبيعية للإقليم الذي تسكنه مجموعة من الناس أي الموارد الطبيعية المتاحة فعلياً، فضلاً عن السمات الجغرافية التي يكيف الناس أنفسهم لها. وهكذا تضم البيئة بهذا المعنى جميع الظروف والمؤثرات الخارجية التي تؤثر في الإنسان [7].

والعلاقة بين المشكلات البيئية والعديد من الأمراض المصاحبة يمكن متابعتها في العديد من المناطق الصناعية في العالم، وهذه المشكلات البيئية هي دون شك من صنع الإنسان وهي مشكلات تعاني منها الدول الصناعية المتقدمة والدول النامية - التي أخذت حديثا بالتصنيع دون أن تستعين بوسائل الأمن الصناعي الملائمة - على حد سواء. واستناداً لدراسة قامت بها وكالة حماية البيئة[8] أحصت الدراسة 2928 حادثا متفاوت الخطورة في منشآت بالولايات المتحدة خلال الفترة من 1980 - 1985. وأوردت الدراسة الآثار الخطيرة التي نتجت عن انفجار خزان الغاز السائل في المكسيك، وإلى الأضرار التي نجمت عن تلوث مياه الخليج العربي بالنفط إبان الحرب العراقية الإيرانية سنه 1983. ويمكن كذلك أن نتتبع الآثار الخطيرة التي نجمت عن

تدمير آبار النفط الكويتية إبان الغزو العراقي للكويت مما أدى إلى تدمير البيئة، كما أدى بدوره إلى نشر الأمراض الصدرية والعصبية. بينما توقع الخبراء أن هذه الآثار سينتج عنها خلل في الجينات الوراثية للإنسان في منطقة الخليج العربي. ومن المؤلفات المشهورة في هذا المجال مؤلف باسمور Passmore بعنوان "مسئولية الإنسان عن الطبيعة"، حيث يشير المؤلف إلى زيادة استهلاك الوقود لأغراض التدفئة والتبريد والنقل بالسيارات وتوليد الكهرباء وتشغيل المصانع وما يصاحبها من معدلات عالية من التلوث خلال النصف الثاني من القرن العشرين في المناطق الصناعية، مما يؤثر على صحة الإنسان، ويؤثر أيضاً على الحيوان والنبات [9].

ويحذر العديد من الخبراء في مجال البيئة من المشكلات البيئية المدمرة[10]، كالتلوث الذري والنووي، الذي يكمن تأثيره الخطير في تهديده لصحة الإنسان والكائنات الحية على مدى واسع. بل إن تأثيره يمتد إلى سنوات طويلة. ولعل هذا يذكرنا بحادثة تشرنوبل الخطيرة في الاتحاد السوفيتي، ويستدعي ذلك لأذهاننا الآثار المدمرة التي نجمت عن إلقاء القنابل الأمريكية على هيروشيما ونجازاكي إبان الحرب العالمية الثانية وامتد أثرها حتى الآن.

خامساً: الفقر والخريطة الاجتماعية للمرض

تربط العديد من الدراسات بين الفقر والهامشية وسوء الأوضاع الصحية، فالجماعات الهامشية تشكل بدورها الفئات التي تعمل في القطاع "غير الرسمي" في الدول النامية وتفتقر للمهارات الفنية، وتعيش عادة في الأحياء المتخلفة في المدن وتضم الحشود النازحة من الريف للمدن، والنساء اللاتي يعملن نظير أجور منخفضة لإعالة أسرهن. وقد تمتهن هذه الشرائح بعض المهن الشاقة - كجمع القمامة - حيث تؤدي ظروف العمل وتدني الأوضاع البيئية للإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة للإقامة في مناطق فقيرة تفتقر بدورها لأبسط الخدمات الآدمية. وتعد هذه المستوطنات الهامشية ملمحاً مشتركاً في العديد من العواصم المكتظة بالسكان في أفريقيا وآسيا، حيث يعيش الفقراء في أكواخ وعشش تفتقر بدورها للخدمات الصحية الأساسية، وتنتشر بينهم الأنيميا الخبيثة فضلاً عن الأمراض الجنسية والأمراض العقلية. ففي

كلكتا وجاكرتا وكراتشي ومكسيكوسيتي وغيرها يؤدي التدهور في البنية الأساسية في الأحياء التي يسكنها الفقراء ونقص الرعاية الصحية وسوء الأوضاع السكنية إلى تعرض السكان للعديد من الأمراض. وقد أفصحت دراسة عن الشريحة التي تعمل بمهنة جمع القمامة في مدينه القاهرة عن انتشار الأمراض المختلفة بين السكان نتيجة للتلوث، حيث اتضح أن اكثر هذه الأمراض انتشاراً أمراض الجهاز التنفسي والفشل الكلوي والسرطان. وقد أدى هذا إلى تعميق إحساس السكان بالهامشية نتيجة لتردي الأوضاع الاجتماعية والبيئية وإحساسهم بافتقاد العدالة الاجتماعية[11].

وإذا تطلعنا لخريطة الدخل في ارتباطها بمعدل الوفاة على مستوى العالم لاتضح لنا أن ثمة علاقة بين ارتفاع معدل الوفاة الخام في الدول النامية وارتفاع معدل السكان الذين تعجز دخولهم عن الوفاء بحاجاتهم الضرورية. ففي الإحصاءات التي أوردتها منظمة الأمم المتحدة للطفولة سنه 1999 يرتفع معدل الوفاة الخام في ملاوي إلى 23 في الألف و في أفغانستان وإرتريا إلى 21 في الألف، وأثيوبيا إلى 20 في الألف وهي بدورها الدول التي تعاني من مشكلات اجتماعية واقتصادية وبيئية تزداد تفاقما بمرور الوقت ، وفي المقابل يصل معدل الوفاة الخام في إيران وماليزيا إلى 5 في الألف مما يوضح انخفاض معدل الوفيات مع ارتفاع الوعي الصحي وتوافر الخدمات الصحية.

سادساً: وفيات الأمهات

تعد معدلات وفيات الأمهات بسبب الحمل أحد المؤشرات الهامة المعبرة عن الخلل في الأوضاع الاجتماعية والصحية والبيئية المواتية التي تكفل للمرأة أن تتزوج وتحمل في سن مناسب وان تتوفر لها الإمكانيات المناسبة للتغذية السليمة والولادة تحت إشراف طبي حيث بلغ المعدل 1100 في جمهورية أفريقيا الوسطى و 910 في غينيا و830 في شيلي و 590 في كينيا، بينما لا تتعدى النسبة 15 حاله في بلغاريا و10 حالات في الدانمرك و 9 في جمهورية التشيك و 6 في ايرلندا [*]. وهكذا ترتفع معدلات وفيات الأمهات بسبب الحمل والتي ترجع بدورها للزواج المبكر وتعدد مرات الحمل ونقص التغذية ونقص الإشراف الطبي إبان الحمل والولادة وانتشار العادات والتقاليد التي تجبر الأم على الخضوع للوصفات الشعبية والطقوس الشعائرية التي تمارسها

النساء كبار السن والقابلات اللائي يفتقدن للمهارة الفنية اللازمة وسرعة التصرف في هذه الأحوال [12].

سابعاً: التلوث مشكلة العصر

يشير تقرير التنمية البشرية لعام 1994 بان الأسباب الرئيسية للوفاة في البلدان النامية هي الأمراض المعدية والطفيلية التي تقتل 17 مليون شخص سنويا على أقل تقدير. من بينهم 6.5 مليون يموتون سنويا نتيجة لالتهابات الجهاز التنفسي الحادة، و 4.5 مليون يموتون نتيجة للإسهال، و 3.5 مليون يموتون بسبب مرض السل. ومعظم هذه الوفيات مرتبطة بسوء التغذية والمياه الملوثة. أما في البلدان الصناعية فان الأسباب الرئيسية للوفاة هي الدورة الدموية 5,5 مليون حالة سنوياً، ويلي ذلك السرطان حيث اتضح أن هناك 18 سبباً بيئياً للسرطان في الولايات المتحدة الأمريكية.

ولا تتوفر المياه النقية سوى لنسبة 62 ٪ من سكان ريف العالم الثالث. أما في البلدان المتقدمة صناعيا فإن الأقليات الفقيرة تتعرض لأخطار التلوث في الأحياء التي تعيش فيها. ففي الولايات المتحدة تعيش هذه الأقليات في مناطق تتعرض فيها لأخطار التلوث بأول أكسيد الكربون بنسبة 50 ٪ بأكثر منها في الأحياء التي يسكنها البيض 0 ويركز التقرير على ما أطلق عليه الفجوة بين الشمال والجنوب فيما يتعلق بمؤشرات عديدة لعل أبرزها وفيات الأمهات التي اتضح أن معدلها في الجنوب أكبر نحو 18 مرة من معدلها في الشمال.

أما عن فيروس نقص المناعة فيقدر التقرير المشار إليه أن 15 مليون شخص قد أصيبوا بفيروس الإيدز في مطلع التسعينيات، وكان منهم 80 ٪ في البلدان النامية ، وبحلول سنه 2000 قدر التقرير ارتفاع هذا الرقم إلى ما بين 30 : 40 مليون شخص ثلثهم على الأقل من النساء، وأن التوزيع الجغرافي للمرض قد تغير، ففي منتصف الثمانينيات كان الوباء مستقرا في أفريقيا وأمريكا الشمالية، ومع نهاية القرن استحوذت آسيا على نسبه ليست قليلة من إصابات مرض نقص المناعة [13].

ثامناً: الخريطة الصحية في مصر

يفصح تقرير التنمية البشرية في مصر لعام 1996 عن حقائق هامة تتصل

بالخريطة الصحية، فالمحافظات التي حصلت على ترتيب متأخر بالنسبة للتنمية البشرية والتي يزداد فيها معدلات المساكن المحرومة من المياه النقية والصرف الصحي وبخاصة في المناطق الريفية، ويزداد فيها معدل الفقراء ينخفض فيها متوسط عمر الشخص ويرتفع فيها معدل وفيات الأمومة (لكل 100.000 مولود حي). ويرتفع فيها معدل الوفيات الخام ويزداد فيها معدل الإعالة وهي محافظات الوجه القبلي وبصفة خاصة محافظات بني سويف والمنيا وأسيوط وسوهاج وقنا، وهي المحافظات نفسها التي ينخفض فيها عدد الأطباء لكل 10.000 نسمة، وتتقلص فيها الخدمات الصحية في قرى هذه المحافظات إلى أدنى حد ممكن [14].

وتفصح كذلك مؤشرات الحالة الصحية للنساء في مصر عن ارتفاع معدل وفيات الأمهات (174 لكل 100.000) بينما تبلغ في البحرين 80، وفي بنما 60، وفي كوستاريكا 36. وفي دراسة ميدانيه حديثة في مصر بلغ معدل انتشار الأنيميا 22٪ بين الحوامل و 25.3 ٪ بين المرضعات.

وفي سنه 1992 بلغ عدد حالات الولادة التي تمت في المنزل 73٪، وأعلى نسبه هنا تعيش في ريف الصعيد، كما أن النسبة المئوية للنساء اللاتي يلدن بالمنزل كانت بالغة الارتفاع بين الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض. ومن الواضح أن 25٪ من العمال الذين شملتهم الدراسات الميدانية ثبت أنهم توقفوا عن استهلاك اللحوم، وأن 50 ٪ من هؤلاء العمال توقفوا عن استهلاك بعض أنواع الخضروات لارتفاع أسعارها. كما اتضح أن نمط توزيع الغذاء في بعض المناطق بالنسبة لبعض الشرائح الاجتماعية يعطي أفضليه للزوج يليه الأبناء ثم الأم ، والواقع أن النساء في مثل هذه الحالات يعانين من مشاكل سوء التغذية بصفة مستمرة [15].

تاسعاً: الحرمان البشري والمشكلات الصحية

في دراسة هامة كلف بها الباحث في النصف الأول من التسعينيات من قبل المجلس القومي للسكان لدراسة القرى المحرومة في مصر وعددها 730 قرية، اتضح أن هناك علاقة وثيقة بين نقص الدخل و حرمان هذه القرى من الخدمات الصحية والتعليمية وبين الإحجام عن استخدام وسائل منع الحمل وزيادة متوسط حجم

الأسرة، وأن ثمة علاقة وثيقة بين تردي الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وبين انتشار الأمراض المتوطنة، وارتفاع معدل الإصابة بفقر الدم والأمراض الجلدية والتناسلية.

وهكذا يبدو أن مسألة الخريطة الاجتماعية تثير قضية هامة، وهي قضية التحديات البيئية من حيث طبيعة التحديات الفيزيقية والاجتماعية والثقافية. فالصحة تتوفر حيث تزداد فاعليه مواجهة هذه التحديات بينما تنتشر الأمراض في منطقة ما بالنسبة للرجال والنساء، أو بالنسبة لشرائح اجتماعية بعينها كلما قلت مقاومة هذه الشرائح والفئات الاجتماعية للتحديات البيئية ، وقد يتسبب في ذلك نقص الوعي وتدني الخصائص الاجتماعية والثقافية للبشر في هذه المناطق. والسكان في بعض أنحاء أفريقيا يموتون جوعاً ليس بسبب عدم توافر الطعام فحسب - كما يحدث في جنوب السودان وإرتيريا وأثيوبيا - بل لأنهم لا يملكون القدرة على شرائه في كثير من الأحيان.

والناس في البلدان النامية عموما حيث يصل حجم السكان فيها إلى 4700 مليون نسمه (مقارنة بـ 1500 مليون نسمة في الدول المتقدمة صناعياً) تزداد معاناتهم نتيجة الأزمات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية. ففي العراق يتضاعف معدل الوفيات بين الأطفال نتيجة للحصار الاقتصادي ، وفي أفغانستان لا يحصل المرء على نصيبه من السعرات الحرارية نتيجة للحرب الأهلية ، وفي أنجولا يواجه الملايين خطر التضور جوعا ، وفي هايتي ازدادت معدلات وفيات الأطفال نتيجة لحالة الاضطراب السياسي والاقتصادي ، وفي ميانمار يعاني ثلث الأطفال دون سن الخامسة على الأقل من سوء التغذية نتيجة للصراعات العرقية. أما في السودان فقد أدت الحرب الأهلية لتدمير المزارع ويطلق على مناطق قنفز وآمي وأيود بجنوب السودان مثلث الفقر حيث ترتفع معدلات الوفاة بصورة مضطردة.

وهكذا ترتبط مسألة الخريطة الاجتماعية بقضية البيئة بمعناها الواسع التي تشمل كذلك الوعي الاجتماعي، كما ترتبط بالعدالة الاجتماعية والنظام المؤسسي الذي ترسيه الدولة وتحافظ على ترسيخه. كما أن القضية أصبحت تستوجب تدخل الهيئات الأهلية والتطوعية إلى جانب الدولة لترسيخ المساواة وكفالة الرعاية الصحية

والاجتماعية في ضوء التنمية البشرية المستدامة.

إن الخريطة الاجتماعية للصحة والمرض لا ترتبط بالجغرافيا ولا بالخصائص الاجتماعية والسكانية كالسن والنوع والمستوى التعليمي والمهني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للسكان فحسب، بل إنها تثير كذلك قضية المشكلات البيئية التي يتسبب فيها الإنسان نتيجة لنقص وعيه أو عجزه عن حساب مصاحبات التلوث البيئي وتبعاته المختلفة. وتطرح في الأساس قضية العدالة الاجتماعية والتفاوت الطبقي، وتجسد الآثار المترتبة على السياسات الصحية والاجتماعية، وتلقي الضوء على أنساق الاتجاهات والقيم السائدة، وطبيعة الثقافة العامة والثقافات الفرعية، وشبكة العلاقات الاجتماعية في المجتمعات المختلفة.

ويستحثنا ذلك على متابعة دراسة طبيعة الأمراض التي تصيب الفقراء والشرائح الهامشية في المجتمع، والعلاقة بين المرض والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وأنساق القيم، وأن نتتبع تركز بعض الأمراض في مناطق بعينها، ونربط هذا بالبيئة الاجتماعية والسياق الثقافي السائد في المجتمع. وأن نبحث عن العوامل المسببة والآثار اللاحقة للأمراض الجسدية والنفسية والعقلية في ضوء اتصالها بالعدالة الاجتماعية والوعي الاجتماعي الذي يعني وعيا بالوجود الاجتماعي وإدراكا حقيقيا لقضايا الصحة والمرض بالنسبة لسكان المجتمع في هذا السياق.

قائمة المراجع

1. J. Cairns, Cancer Science and Society, San Francisco, 1983. p. 610 .

2. نبيل صبحي. مرض السرطان من منظور اجتماعي، سلسلة دراسات الطب والمجتمع، مكتبه الأنجلو، القاهرة، 1990، ص: 68.

3. غوبيتا. صحة المرأة، مجلة مسيرة الأمم، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 1998، ص: 26.

4. اللجنة العالمية للبيئة والتنمية. مستقبلنا المشترك، ترجمة محمد كامل عارف مراجعة على حجاج، عالم المعرفة 142، الكويت، أكتوبر 1989، ص ص 345-347.

5. المرجع السابق، ص: 63، ص: 76، ص: 104.

6. يونيسيف. وضع الأطفال في العالم 2001، عمان 2001، ص: 78.

7. ايكه هولتكرانس. قاموس مصطلحات الإثنولوجيا والفولكلور، ترجمة محمد الجوهري وحسن الشامي. الهيئة العامة لقصور الثقافة ط 2، القاهرة، 1999، ص ص: 66-67.

8. اللجنة العالمية للبيئة والتنمية. مرجع سابق، ص: 25.

9. ثروت اسحق. اتجاهات سكان محافظة البحر الأحمر نحو مشكلات البيئة وسبل حمايتها، في: ثروت اسحق وعبد المسيح سمعان، التنمية والبيئة، جامعة عين شمس، 2001، ص: 222.

10. K. Tolba, the United Nations Environment programme (In) p. Fedoseyev and T.Timo Feyev (Eds) Social Problems of Man's Environment Where We Live and Work , Progress Publishers, Moscow, 1981. pp. 59 : 66.

11. ثروت اسحق. أبعاد الهامشية، حالة مصر، في: جدل التي تصدر عن دار كنعان للدراسات والنشر بالتعاون مع مؤسسة عيبال، دمشق، 1993، ص:113، ص: 121 وانظر أيضاً :

Kelley and Willamson, What Drives Third World City Growth, Princeton Univ., Press. 1984, pp. 5 : 7 .

(*) لكل 100.0000

12. يونيسيف، وضع الأطفال في العالم، مرجع سابق، ص: 102، ص:103.

13. مركز دراسات الوحدة العربية. تقرير التنمية البشرية لعام 1994، بيروت، 1994، ص ص: 24-28.

14. معهد التخطيط القومي. مصر تقرير التنمية البشرية 1996، القاهرة، 1996، ص ص: 138-156.

15. المرجع السابق، ص ص: 98-99.

الفصل السادس
التمييز بين الذكر والأنثى
نموذج الرعاية الصحية(*)

مقدمة

تتسم الخدمات الصحية في مصر بالتنوع والشمول حيث تقدم على نطاق واسع من خلال أنشطة صحية عامة في قطاع الريف وفي قطاع الحضر. وقد تحددت معالم هذا النظام قبل الستينيات حيث يكلف خريجو كليات الطب للعمل في الريف لمدة ثلاث سنوات. على أن ذلك لا يعني أن الخدمات الصحية تقدم بدرجات متساوية لكل قطاعات السكان. فهناك إلى جانب القطاع الصحي العام، قطاع خاص يضم عيادات ومستشفيات خاصة يكثر وجودها بالعواصم الكبرى والمراكز الحضرية، بل أن العيادات الخاصة بدأت تنتشر في الريف انتشاراً كبيراً في العشر سنوات الماضية خاصة في القرى ذات الحجم السكاني الكبير والتي بدأت تشهد بعض مظاهر التحضر. ويرجع السبب في هذا الانتشار الواسع لقطاع الصحة الخاص إلى قصور الخدمات الصحية العامة وعدم قدرتها على مواجهة الكثافة السكانية العالية في مناطق تقديم الخدمة.

وفضلاً عن ذلك فإن هناك تداخلاً واضحاً بين القطاعين. فمن ناحية نجد أن معظم الأطباء العاملين في القطاع الرسمي يعملون أيضاً في عياداتهم الخاصة أو في المستشفيات الخاصة. ومن ناحية أخرى يسمح للأطباء المكلفين بأداء مهام رسمية في الوحدات الصحية الريفية بالقيام بممارساتهم الطبية الخاصة داخل الوحدة الصحية بعد انتهاء ساعات العمل الرسمي، ونجد هؤلاء يهتمون بهذه الممارسات الطبية الخاصة إلى درجة أنها قد تتم أحياناً خلال ساعات العمل الرسمي.

(*) كتبت هذا الفصل الأستاذة الدكتورة علياء شكري.

وعلى الرغم مما تحقق من نجاح في مجال الخدمات الصحية بشقيها، إلا أن ذلك لم يظهر تأثيراً واضحاً في انحسار الطب الشعبي، والذي ما يزال منتشراً بعمق ومرتبطاً بالثقافة التقليدية التي لم تستطع مظاهر الحداثة البادية في المجتمع المصري أن تمحوها تماماً.

وفي ضوء ذلك، فإن التحليل الذي نقدمه في هذا الفصل بني على افتراض مبدئي مؤداه أن ردود أفعال المجتمع إزاء مواقف المرض تأتي كمحصلة لتفاعل هذه المستويات الثلاثة (القطاع العام والقطاع الخاص والطب الشعبي) التي تقدم حلولاً للمشكلات المرضية. ولقد تأكد هذا الافتراض في بعض الدراسات السابقة التي أكدت التفاعل بين الطب الرسمي والطب غير الرسمي وما ترتب على ذلك من تغير في أدوار الممارسين الشعبيين للطب. ومما يدعم استمرار هذا التفاعل أن الخدمات الصحية ليست متاحة لكافة سكان الريف خاصة. فأحد الحقائق الهامة التي يمكن استنتاجها من واقع إحصاءات الصحة في مصر أن الخدمات الصحية العامة ليست موزعة توزيعاً عادلاً بحيث نجد أن نصيب الريف منها لا يتناسب مع عدد سكانه. فقد بلغ عدد الوحدات الريفية في عام 1976 حوالي 2252 وحدة صحية خصصت لخدمة نطاق سكاني بلغ عدده في نفس السنة حوالي 20.5 مليون نسمة. وبذلك تكون النسبة بين الوحدات الصحية والسكان 1 : 9.129 نسمة. ولا يظهر التباين في توزيع الخدمات الصحية بين الريف والحضر فحسب، وإنما يظهر أيضاً بين القرى المختلفة وبين المناطق الحضرية المختلفة وفقاً لمستوى التنمية الاجتماعية في كل منطقة. ولقد راعينا عند اختيار مناطق الدراسة أن تعكس هذا التباين في توزيع الخدمات الصحية وفي مستواها. ويظهر ذلك من خلال عرض سريع لتوزيع الخدمة الصحية في المناطق المختارة للدراسة.

فالوحدة الصحية بالقرية (أ) قد بدأت بداية متواضعة عام 1952، وتم تحويلها إلى مستشفى عام 1975. وبناء على ذلك فإن هذه القرية تعتبر من أكثر القرى حظاً من حيث تاريخ ونوعية الخدمة الصحية. فالمستشفى تضم 76 سريراً وثلاث سيارات للإسعاف. ويعمل بها ستة أطباء، واثنان من أطباء الأسنان، واثنان من الأخصائيين الكيميائيين، وأربع عشرة ممرضة، وأربعة عشر عاملاً، وجميعهم مؤهلون تأهيلاً جيداً

لمهام وظائفهم. وتخدم هذه المستشفى سكان القرية والقرى المجاورة. ولعل وجود هذه المستشفى هو الذي حرم القرية (ب) من وجود وحدة صحية، ويضطر الأهالي في هذه القرية إلى التردد على مستشفى القرية (أ) المجاورة. أما القرية (ج) فتقف في موقف وسط بين القريتين، فيها وحدة أنشئت في عام 1963. وهي وحدة محدودة الإمكانيات، فلا توجد بها عيادة داخلية، وإنما تكتفي بالكشف في العيادة الخارجية فقط. ويعمل بها طبيب واحد. وست ممرضات وثمانية عمال. وبهذا نجد أن من خصائص الخدمة الصحية في القرى الثلاث أنها تتنوع بحيث تعكس اختلافاً في نطاق الخدمة ونوعيتها. وهو اختلاف يرجع إلى طبيعة كل قرية ومستوى التنمية الذي تحقق بها.

وتتميز المناطق الحضرية بتنوع الخدمات الصحية وتعددها. فبالإضافة إلى المستشفيات يوجد العديد من العيادات الخاصة ومراكز الأمومة والطفولة، ومراكز تنظيم الأسرة. وعلى الرغم من ذلك، فإن هناك قدراً من التباين في المناطق الحضرية في توزيع الخدمات الصحية. فتلك الخدمات لا تتوفر في المدن الإقليمية بنفس درجة توفرها في القاهرة، كما أن الخدمات الصحية تتباين داخل الأحياء المختلفة بمدينة القاهرة، ولقد انعكس هذا التباين على الخدمات الصحية المتاحة في المناطق الحضرية المختارة للدراسة. ففي مدينة الفيوم (المنطقة الحضرية أ) يوجد مستشفى عام واحد، وتسع مستشفيات خاصة، وخمس وعشرون مركزاً لرعاية الأمومة والطفولة، وستة مراكز لتنظيم الأسرة، وأربعون صيدلية. أما في حي العباسية (المنطقة الحضرية ب) فيوجد مستشفى جامعي، ومستشفيتان حكوميتان، وثلاث مستشفيات خاصة، واثنان من المستوصفات العامة. أما المنطقة الحضرية (ج) (حي الخليفة) فهناك خمس عشرة مؤسسة صحية عامة (تشتمل على مستشفيات ومستوصفات عامة، وست عشرة صيدلية). هذا فضلاً عن عدد من العيادات الخاصة التي تتنوع في حجمها ودرجة تدريب الأطباء الذين يعملون بها.

وفي ضوء ذلك فقد وجد أن المنطقة الحضرية (ب) هي أفضل المناطق الثلاث من حيث الخدمة الصحية، وذلك لوجود المستشفى الجامعي ذي الكفاءة العالية (يضم

المستشفى حوالي 616 سريراً)، بالإضافة إلى العديد من العيادات الخاصة المفتوحة بواسطة أساتذة الجامعة.

ومن المتوقع في ضوء هذه التباينات في توزيع الخدمة الصحية في الريف والحضر من ناحية وفي المناطق المختلفة من ناحية أخرى أن نجد اختلافاً في كثير من المتغيرات المتصلة بالصحة والمرض، وفي ردود أفعال الناس في مواقف المرض، وفي مدى انتشار الثقافة الطبية الشعبية بين قطاعات السكان. وسوف يتضح ذلك جلياً عبر صفحات هذا الفصل.

أولاً: مفاهيم الصحة والمرض

انعكست ظروف البيئة والعمل في المجتمع الريفي على تحديد مفاهيم الصحة من وجهة نظر أبناء الريف. فعند سؤال الأفراد عن الشخص السليم من الناحية الصحية جاءت معظم الإجابات كما يلي:

- الشخص البدين القوى البنية.
- الشخص المشرب وجهة بالحمرة.
- الشخص الذي لا يعبأ كثيراً بهموم الحياة أو الذي ليست لديه هذه الهموم أصلاً.
- الشخص الذي لم يصب بمرض من قبل.
- الشخص القادر على العمل دون أي إرهاق.

أما الشخص المريض فهو:

- الشخص ذو الوجه الأصفر الشاحب، نحيل الجسم.
- الشخص الذي يشعر دائماً بالتعب والإرهاق.
- الشخص الذي يظهر رغبة دائمة في النوم.
- الشخص الذي لا يقدر على العمل.
- الشخص الذي لا يأكل كثيراً وليست لديه رغبة للطعام.

ويتضح مما سبق اقتران مفهوم الصحة والمرض بدرجة أو بأخرى باللياقة البدنية للفرد. ولا غرابة في ذلك في ضوء طبيعة الأنشطة التي ترتبط بالعمل الزراعي، والتي تعد

اللياقة البدنية مطلباً أساسياً في أدائها. والواضح أيضاً أن معظم الناس لا يفهمون الأسباب الحقيقية للمرض، ويستثنى من ذلك بعض المتعلمين الذين اكتسبوا قدراً من الثقافة الصحية أثناء فترة تعليمهم. فمعظم الإخباريين في الريف يربطون أسباب المرض بالتغيرات التي تحدث في الطقس، والإجهاد الناتج عن العمل، والقلق المفرط حول متاعب الحياة وهمومها، والسحر والعين الشريرة (الحسد)، والإهمال في تناول الطعام أو العلاج. حقيقة أن بعض هذه الظروف قد تسبب المرض، ولكن لم يشر سوى عدد قليل من الإخباريين – المتعلمين أساساً – إلى الأسباب الحقيقية للمرض كالعدوى بالميكروبات والجراثيم.

وتكاد تقترب رؤية أهل الحضر من رؤية أهل الريف فيما يتعلق بالصحة والمرض وما يرتبط بهما من مفاهيم، مع اختلاف طفيف في مستوى الوعي الصحي. فعند سؤال أفراد الأسر الحضرية المختارة للدراسة عن سمات الشخص السليم (غير المريض) جاءت الاستجابات كالتالي:

'الشخص الذي لا يعاني من أي ألم وليس لديه أي علامات للمرض مثل البقع أو الحرارة أو التغير في اللون'. وتتراوح درجة الوعي حول المفهوم بين الارتفاع والانخفاض بين القاهرة والمناطق شبه الحضرية، وكذلك بين الطبقات العليا والدنيا والفئات المتعلمة وغير المتعلمة. وجدير بالذكر أن وجود الوعي الصحي في المناطق الحضرية لم يحل دون استمرار المعتقدات التقليدية المرتبطة بالطب الشعبي. ولقد وضحت هذه المعاني في استجابات الإخباريات وأزواجهن بالحضر. وهناك درجة من التمسك المتصلة بأسباب الأمراض (كالسحر والعين الشريرة) والمتصلة بالعلاج من الأمراض (كالسحر والممارسات الطبية الشعبية). وانطلاقاً مما سبق يمكن تطوير الافتراض الذي مؤداه أن الاختلاف بين المناطق الحضرية والريفية فيما يتعلق بمفهوم الصحة والمرض والممارسة الطبية لا يعكس بالضرورة اختلافاً في نظام التقاليد والمعتقدات المتصلة بالصحة والمرض. فهناك تشابه كبير – خاصة في المستويات الطبقية الدنيا – بين الريف والحضر فيما يتصل بجوانب عديدة من المعتقدات المتصلة بالصحة والمرض.

ثانياً: ممارسات الحمل والولادة

تضطلع الداية في معظم الحالات بالريف بمهمة توليد النساء ويستثنى من ذلك حالات قليلة يتم توليدها بواسطة الطبيب أو الممرضة، وأحياناً تتم الولادة بمساعدة الأقارب. فقد حدث في أسرتين من أسر هذه الدراسة أن تمت لهما الولادة دون تدخل أي فرد من الأشخاص السابق ذكرهم، حيث حدثت الولادة بشكل سريع قبل تدخل أي شخص. ويبدو أن دور الداية في عملية التوليد ضروري وحتمي في المناطق الحضرية أيضاً، وكما يشير جدول رقم (1).

يوضح جدول رقم (1) القائمين بعملية التوليد(*)

	القرية أ	القرية ب	القرية ج	المنطقة الحضرية أ	المنطقة الحضرية ب	المنطقة الحضرية ج
	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد
الداية	155	115	100	23	12	26
الممرضة	5	-	-	-	6	3
الطبيب	7	2	5	3	14	7
الأسرة	3	4	5	-	-	-
بنفسها	1	-	1	-	-	-
الإجمالي	171	121	111	26	32	36

نجد معظم الأطفال الذين ولدوا في المناطق الريفية قد تمت ولادتهم عن طريق الداية. كما يبدو أن الدور بالنسبة للداية قد انحسر في بعض مناطق الحضر وهو ما

(*) ملحوظة: هذه الأعداد تمثل الأطفال الذين ولدوا في الأسر المختارة للدراسة.

أظهرته هذه الدراسة بالنسبة للمنطقة (ب)، إلا أنه لم يتلاشى تماماً، كما أن تأكيد هذه الحقائق يحتاج إلى مزيد من الدراسة. أما بالنسبة للريف فالأمر يختلف فعلى الرغم من وعي القرويين بأن الطبيب أو الممرضة يمكنها القيام بمهمة التوليد بطريقة أفضل من الداية، إلا أنهم مازالوا يتمسكون بموقفهم في تفضيلها عليهم لأسباب متعددة منها الرغبة في أن تتم عملية الولادة بالمنزل، والتواجد الدائم لها، ومن ثم فهم يكتفون باستدعاء الممرضة بعد أن تتم عملية الولادة لترى المولود، ولإعطائه جرعات التطعيم واستخراج شهادة ميلاده.

ولقد أظهرت الدراسة المتعمقة أن الذين يعتمدون على الأطباء والممرضات في ولادتهم هم غالباً النساء المتعلمات ونساء الطبقات العليا [1]. كما يسهم في عمليات التوليد علاوة على الداية، النساء المسنات من ذوات الخبرة في هذا الشأن سواء أكانوا أقارب أو جيران.

وفي هذا الصدد أوضحت الإخباريات أن أخوات الزوج، وأمهاتهن وحمواتهن يحضرن ولادة أطفالهن، كما أكد بعضهن أن الجيران يقدمون المساعدة في مثل هذه الظروف بشكل يفوق ما يقدمه الأقارب مرددين الحكمة القائلة أو المثل القائل "جارك القريب أحسن من قريبك البعيد". وتعكس هذه المعاني وضوح الدور الذي تلعبه الجيرة في هذا الموقف وبشكل خاص إذا كانت عائلة الزوجة تعيش في قرية أخرى. وقد تصمم الزوجة على أن تتم الولادة بمنزل العائلة، وخاصة إذا كان القادم هو الطفل الأول أو الثاني، ففي هذه المرحلة من الزواج تحرص الأمهات على إحضار بناتهن الحوامل إلى منزل العائلة حتى تتم الولادة تحت رعايتهن وتطمئن عليهن. وقد يتعذر تحقيق ذلك في بعض الأحيان بسبب وجود خلافات بين الزوج وعائلة زوجته حينئذ يظهر دور الأقارب والجيران بشكل مختلف وبصور متعددة، كاستدعاء الداية ومساعدتها في الولادة، وإحضار مستلزمات هذا الموقف وإعداد الطعام للأم وباقي أفراد الأسرة. وإذا حدث وتعثرت الولادة فمن الممكن أن تطلب الداية بنفسها مساعدة طبيب الوحدة الصحية أو إحدى الممرضات لها، وقد يتعذر هذا الأمر إذا كانت الوحدة الصحية غير

موجودة في القرية نفسها كما هو الحال في القرية (ب) من قرى الدراسة. كما قد يتعثر الأمر أمام الطبيب بسبب قصور الأجهزة والأدوات اللازمة لعملية الولادة، ومن ثم لا يكون هناك بد من استدعاء إسعاف المدينة القريبة بإحدى المستشفيات العامة..

وبشكل عام فظروف الولادة ودور الأقارب والجيران فيها تكون فرصة لإظهار مشاعر التضامن والتعاون والتي ضعف أثرها في المناطق الحضرية، إذ على الرغم من أن الأقارب والأهل في الحضر يزورون الأم بعد الولادة، وقد يحضر بعضهم عملية الولادة نفسها إلا أن ذلك لا يقارن بما يحدث في مثل هذه المناسبة بالقرية، كما أن ما يبد من مشاعر يختلف أيضاً في القرية عنه في المدينة، فنجده بالقرية يأخذ أشكالاً متنوعة كإحضار الطعام إلى الأم، والقيام بمهام البيت نيابة عنها، وإعداد الطعام لزوجها وأطفالها ويفعلون ذلك في سعادة غامرة يعبرون عنها بالأغاني والزغاريد عندما يستقبلون المولود الجديد.

ولقد أوضحت الدراسة المتعمقة عوامل ارتباط القرويات بالداية في عملية الولادة. فمعظم الإخباريات يؤكدن مهارة الداية في عملية الولادة التي لم تعد تستخدم فيها أدوات تقليدية كالسكاكين وقطع الملابس القديمة. فقد أصبحت تستخدم القطن الطبي والشاش. وتبرر الإخباريات تفضيلهن للداية على أساس طبيعة العلاقة الوثيقة بها ومعرفتهن بها أكثر من الممرضة أو الطبيب، كما أنها لا تغالي في طلب الأجر، الذي نجده قد يصل إلى عشرة جنيهات لدى الطبيب، مع أنه من المفروض أن يقوم بهذه العملية دون مقابل كجزء من عمله، وقد يقل هذا الأجر قليلاً عند الممرضة، ولكنه على الرغم من ذلك مازال أكبر مما تتقاضاه الداية في مثل هذه الظروف، إذ يبلغ لدى الممرضة ما بين 5-10 جنيهات في حين نجده عند الداية ما بين 2-5 جنيهات وتختلف حسب نوع الطفل المولود وظروف الحالة الاقتصادية والاجتماعية للعائلة.

فالأطفال الذكور يستقبلون بفرحة غامرة وكذلك فإن المبلغ الذي يدفع للداية يكون كبيراً فضلاً عن النقوط الذي يقدم في هذه المناسبة من الأقارب والأصدقاء وقد يقدم "النقوط" أيضاً إلى المولدة العاملة في الوحدة الصحية.

وبوجه عام فإن الممرضات أو الدايات لا يغالين في طلب الأجر من الأسر ذات الظروف الاقتصادية المتواضعة ولكنهن يأخذن ما يقدم لهن، وإن كان الموقف يختلف تماماً ليصل إلى درجة المساومة عندما تكون الأسر غنية.

أما عن أماكن الولادة فمعظمها تتم بالمنزل إلا المتعثر منها فيتم في مستشفى المدينة، فمن بين الأطفال المولودين في العائلات المختارة في القرى الثلاث لا يوجد إلا أربعة أطفال تمت ولادتهم في المستشفى. ولا تستحسن الإخباريات ولادة المستشفى كما لا يتمنين حدوثها، فهن يفضلن أن تتم ولادتهن بالمنزل. ومن الغريب أن تتفق المتعلمات مع غيرهن في هذا التفضيل فقد كشفت الدراسة أن المتعلمات يأخذن النصيحة من الداية ويفضلن الولادة بالمنزل. ولا يختلف الأمر كثيراً في المناطق الحضرية، ففي المنطقة الحضرية (أ) نجد أن طفلاً واحداً ولد بالمستشفى، أما المنطقة (ب) فنجد 8 أطفال فقط هم الذين ولدوا بالمستشفيات، وفي المنطقة (ج) لم يولد بالمستشفيات إلا 6 أطفال فحسب. ومعظم هؤلاء اللاتي ولدن في المستشفيات كانت ولادتهن متعسرة وعدد قليل منهن وضعن أطفالهن بالمستشفيات عقب الرعاية أثناء فترة الحمل بنفس المكان ومعظمهن وجدن بالمنطقة (ب). وتقودنا هذه البيانات إلى أن نفترض أنه رغم التشابه أو التماثل بين المناطق الحضرية والريفية في هذا الصدد إلا أن المناطق الحضرية تعكس بعض التباينات، فالمنطقة شبه الحضرية (أ) والمنطقة القديمة (ج) متماثلتان ولكنهما مختلفتان عن المنطقة المتحضرة نوعاً ما (ب).

وعلى الرغم من التماثل بين المناطق الريفية والحضرية في تفضيل البيت كمكان للولادة إلا أن هناك اختلافاً بينهما في اتجاهاتهما للرعاية أثناء الحمل. وتدل البيانات الميدانية أن معظم النساء في المنطقة الريفية لا يحصلن على الرعاية الصحية من الوحدات الطبية، ونسبة قليلة منهن يحصلن على هذه الرعاية من خلال زيارة الوحدة الصحية أو توقيع الكشف عليهن بواسطة ممرضة. هذه النسبة المحدودة في فئة النساء اللاتي يعملن في أنواع محددة من الأنشطة الاقتصادية، كالتجارة الصغيرة أو اللاتي يعملن في وظائف دائمة. ويبدو أن طبيعة هذين النوعين من النشاط تجعل من السهل على النساء العاملات الاتصال بالوحدة الصحية والعاملين فيها.

ولقد أوضحت الدراسة المتعمقة أن النساء اللاتي ترتبط أعمالهن بالحياة الاجتماعية للمجتمع مثل العاملات في أنشطة التجارة الصغيرة (أو المشروعات التجارية القزمية) وفي الوظائف الدائمة (ولتوسيع النطاق يضاف إليهن النساء اللاتي ينتجن أعمالاً في منازلهن بمقابل مادي)، يعرفن العاملين بالوحدات الصحية، وهن لا يترددن في طلب نصائحهم عند الضرورة، وأما اللاتي يعملن في الأنشطة الأخرى لا يهتممن كثيراً بالرعاية الصحية، إما بسبب عدم توفر الوقت لديهن للذهاب إلى الوحدة الصحية، أو لأن الرعاية الصحية التي تقدم في المستشفيات ليست جيدة.

وعلى العكس من ذلك نجد الأمر مختلفاً تماماً بالمناطق الحضرية حيث أكدت معظم الإخباريات بالمنطقة (أ) و(ب) أنهن يحصلن على رعاية صحية جيدة خلال فترة حملهن. ويرجع ذلك إلى توفر الخدمات الطبية وتنوع الخدمات بهذه المناطق. وعلى الرغم من تلك الاستجابات فإن ذلك لا يعني أن خدمات رعاية الأمومة والطفولة متاحة لكل سكان المناطق الحضرية. وتوضح البيانات الميدانية أن المنطقة الحضرية (ج) بها خمسة من سبعة لم يحصلن على رعاية صحية أثناء الحمل من الإخباريات اللاتي شملتهن الدراسة واثنتان من المنطقتين الأخريين (أ)، (ب) لم تقدم لهما أية رعاية صحية من مراكز الأمومة والطفولة أو المستشفيات خلال فترة حملهما، حيث أوضحت الدراسة المتعمقة أنهن قد حصلن على خدمة صحية من مصادر خاصة. أما الأخريات فقد اعتمدن على الداية.

ولا تكمن المشكلة في الاختلاف بين النساء بالنسبة للرعاية الصحية المقدمة أثناء الحمل داخل الوحدات الطبية أو خارجها فحسب، ولكن المشكلة تتضح أبعادها الأخرى في مدى انتظام مثل هذه الرعاية في جميع حالات الحمل. فإذا استثنينا اللاتي يعملن في الوظائف الدائمة، واللاتي لديهن قسط بسيط من التعليم، نجد أن معظم الإخباريات اللاتي حصلن على رعاية صحية في إحدى مرات الحمل لم يترددن على الوحدات الصحية في المرات اللاحقة.

وتوضح البيانات الميدانية أنه من بين مجموع الإخباريات اللاتي شملهن البحث هناك 15٪ فقط حافظن على الرعاية الدائمة خلال فترة الحمل. أما نسبة اللاتي حصلن على رعاية أثناء فترة الحمل فكانت 12.6٪ وهن اللاتي ترددن على الوحدات الصحية

للرعاية في حمل واحد أو في مرتين من الحمل فقط، كما أنهن لم يحافظن على الانتظام في هذا الشأن. بينما نجد أن الغالبية العظمى من الإخباريات (72.2٪) لم يظهر لديهن الاهتمام بالرعاية الصحية في أي حمل. ولا يختلف الأمر كثيراً في المناطق الحضرية حيث بلغت نسبة من حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل 33.3٪ في جميع مرات الحمل، 23.8٪ قد حصلن على رعاية صحية في بعض مرات الحمل فحسب، أما الباقي وقد بلغت نسبته 42.9٪ لم يحصلن على أية رعاية طبية أثناء الحمل.

وقد أوضحت الدراسة المتعمقة أن اللاتي انتظمن في التردد على الوحدات الصحية أثناء الحمل مباشرة هن النساء اللاتي تعملن في وظائف دائمة بغض النظر عن مستوى تعليمهن. أما النساء اللاتي يتلقين رعاية صحية أثناء الحمل لطفل أو لطفلين فيندرجن تحت أنواع مختلفة من الأنشطة وخاصة المرتبطة بالتجارة الصغيرة، ويضاف إليهن إحدى النساء تزاول الفلاحة في أرض الأسرة وأخريان تقومان بالعمل في أنشطة منزلية تولد دخلاً. ولا يندرج تحت تلك الأنماط النساء العاملات في مصانع الطوب بالقرية (ج)، وهنا تظهر العلاقة جلية بين أنماط النشاط الاقتصادي والاتجاهات نحو الاقتناع بالرعاية الصحية أثناء الحمل وممارستها. ويمكن تفسير هذا الفرض في أوجه متعددة:

1. عندما ترتبط الوظيفة الدائمة بالتعليم، فمن المتوقع أن يخلق كلاهما اتجاهات إيجابية نحو الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل.
2. أما اللاتي يعملن في الوظائف الدائمة بدون أي قسط من التعليم فإنهن يكتسبن مواقف إيجابية نحو الخدمات التي تقدمها الوحدة الصحية من خلال اتصالهن بالموظفين، كما أنهن يؤكدن أيضاً أن الأطباء والممرضات يعرفوهن جيداً، ويقدمون لهن رعاية طبية أفضل من غيرهن من المترددات على الوحدة.

أما المرأة التي تؤدي عملاً غير ماهر في المركز الاجتماعي فإنها قالت: "لما أكون حامل وتعرف الممرضة أني حامل فهي تنصحني بأني أروح إلى الوحدة الصحية لتسجيل اسمي كحامل، وبعد كده أروح الوحدة على طول، ولما أحس بألم أقول

للممرضة لما أقابلها في الشارع أو قدام الوحدة الصحية وتأخذني إلى طبيب الوحدة، الواحدة لما تكون عارفة الممرضة والدكتور يعاملوها أحسن ويعتنو بيها".

3. أما بالنسبة لباقي أنماط النشاط، فيبدو أن دور الداية من الأهمية بمكان بحيث يجعلهن يحجمن عن الوحدة الصحية كمصدر للرعاية الصحية في هذا الشأن. ولقد أكدت قلة من اللاتي يذهبن إلى الوحدة الصحية أنهن يتوجهن إليها في حالة الشعور بالضعف الشديد والمرض. أما فيما عدا ذلك فإنهن يستشرن الداية والتي تسدي لهن النصح بخصوص الحركة الصحيحة للحامل ونوع الغذاء الذي تحتاجه. كما لوحظ احتفاظ السيدات المترددات على الوحدة الصحية بعلاقتهن مع الداية، بشكل يمكننا من خلاله القول بعدم وجود تعارض بين دور الداية ودور الوحدة الصحية. ويؤكد صدق هذا الزعم ما تقوم به الداية أحياناً من إعطائهن النصح بالتوجه إلى الوحدة الصحية عندما تشعر بأن خطراً ما قد يصيب السيدة، أو حين تشعر أن الدور الذي ستؤديه الوحدة الصحية لن يهدد دورها.

ففي القرية (ب) حيث يذهب سكانها إلى القرية (أ) من أجل الحصول على الرعاية الصحية، يصبح دور الداية أكثر أهمية. ويقوم الأطباء بانتقاد دور الداية والتحدث عن معتقدات النساء التي تخرج عن نطاق الصحة. وعلى الرغم من ذلك فإن الملاحظات والمقابلات أكدت أن الأطباء لهن علاقات وثيقة بالداية. فهي تشجع النساء على الذهاب إلى الأطباء للكشف الخصوصي، وبالمثل فإن الطبيب لا يتردد في أن تساعده الداية وهو يقوم بعملية توليد داخل المنزل. وفي بعض القرى والمناطق الحضرية تقوم الداية بمزاولة عملها في سياق رسمي، ولاشك أن تنظيم دور الدايات يساعد على التفاعل بينهن وبين الأطباء، وعلاوة على ذلك فإن التنظيم الرسمي لدور الداية يرجع إلى المجال الذي يمتد فيه التداخل بين الطب الشعبي والحديث(2).

ومع ذلك فإن التداخل بين الطب الحديث والطب الشعبي يعد مؤشراً للتغير مادامت الداية لا تعترض دور الطبيب، وطالما أن النساء في حالات الحمل لا يحجمن عن الذهاب إلى الطبيب عندما تقتضي الضرورة ذلك.

4. والأمر الهام في هذا الموقف يتعلق بعدم وعي الأمهات بالخدمات التي تقدمها وحدات رعاية الأمومة والطفولة. والنظام المعمول به في هذه الوحدات هو أن أية سيدة في حالة حمل عليها أن تسجل نفسها في الوحدة الصحية حتى يمكن تقديم الرعاية الطبية لها في حالة الضرورة، والملاحظ أن معظم نساء القرى يجهلن هذا الأمر، حتى من يعرفه منهن يعتقدن أن هذا النظام سوف يكلفهن دفع مبلغ من المال في خدمة طبية سيئة. وتقول إحدى النساء اللاتي يقمن بنشاط الفلاحة في أرض الأسرة: "إحنا طول عمرنا بنولد وعمرنا ما فكرنا نروح المستشفى ربنا هو المعين والمساعد للناس". كما ذهبت إحدى الحضريات من النساء اللاتي لا يستفدن من خدمات رعاية الطفولة والأمومة بأنها لا تثق في نوع الخدمات المقدمة في هذه المراكز، وأنها ترى أنه من الأفضل التردد على طبيب خاص. وتكاد تتشابه اتجاهات الحضريات من النساء اللاتي لم يباشرن الرعاية لدى طبيب خاص أو في أماكن الرعاية الطبية العامة بالمعتقدات السائدة لدى نساء الريف، فهن يفكرن في تكاليف الرعاية الطبية وكذلك يعتقدن في الداية أكثر من الطبيب والممرضات، كما تفتقد بعضهن الوعي بالخدمات المتاحة والتي تقدم في مراكز رعاية الطفولة.

ولا يقتصر الأمر على إغفال أهمية الرعاية الطبية أثناء الحمل، ولكن ذلك ينسحب أيضاً على ممارسات الطعام أثناء الحمل. فإذا استثنينا حالة النساء المتعلمات، فإن معظم الإخباريات أجمعن على أنهن لم يتبعن نظاماً غذائياً خلال فترة الحمل، ويكون طعامهن هو نفس الطعام المعتاد الذي تأكل منه الأسرة. ومع ذلك فقد أفصحت الدراسة المتعمقة عن بعض القيود والمعتقدات بطعام الحامل منها:

أ. لا يجب أن تفرط الحامل في شرب الشاي لأنه يؤثر على الجنين كما أنه يؤثر على الدورة الدموية بالنسبة للبنات غير المتزوجات، وتبدو هذه التحذيرات أكثر وضوحاً في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية.

ب. في المناطق الريفية تأكل النساء الحوامل نوعاً من الطوب (يعرف بالحمره وهي ناتج الاحتراق بالفرن) أو من الحقل أو من حائط المنزل، ويسود اعتقاد لدى القرويات بصدد هذا السلوك في أنه نافع لحالتهن أثناء الحمل.

ج. يسود اعتقاد بشأن الطعام أثناء الحمل ويعرف "بالوحم" ومعناه رغبة الحامل في تناول نوع معين من الأطعمة (كقطعة من اللحم أو الكبد، أو القلب، أو اللسان ... الخ ..)، أو الفاكهة، ومؤدى المعتقد في هذا الصدد أن الحامل إذا لم تأكل الطعام الذي رغبت في تناوله فسوف تظهر علامة مشابهة لنوع هذا الطعام في جسم المولود. وتعرف المسنات من النساء في الأسرة أو العائلة هذا الموقف جيداً، لذا فهن يبذلن قصارى الجهد لتلبية طلب الحامل وإحضار ما تطلبه من طعام. ولا يعتقد بعض الناس في الوحم ويعتبرون أن هذا نوع من التدليل تحاول الحامل الحصول عليه، ويرون أن النساء حديثات الزواج فقط هن اللاتي يطلبن مثل هذه الأشياء الغريبة.

وقد يحدث أن تكون حالة المرأة الحامل أثناء الولادة خطيرة، عندئذ يقوم الأقارب بالتضرع إلى الله والدعاء لمساعدتها، وعندما طلب من الإخباريات التحدث عن وقائع الوفاة التي حدثت أثناء الولادة، قمن بوصفها لنا.

ولا تكفي البيانات لتوضيح الفرق بين المناطق الحضرية والريفية في هذا الشأن. ومع ذلك فإن أرقام الوقائع الرسمية التي سجلت في هذا الشأن اختلفت عند مقارنتها بما ذكرته الإخباريات. فقد ذكرت 21 من الإخباريات في المناطق الحضرية أن سبعة وقائع وفاة حدثت أثناء الولادة، بينما ذكرت 79 من الإخباريات في المناطق الريفية أن عشرة حالات وفاة حدثت أثناء الولادة. ويظهر ذلك أن عدد الوفيات أثناء الولادة في المنطقة الحضرية أعلى منه في المناطق الريفية، إلا أن هذا الأمر يحتاج إلى دراسات أكثر للكشف عما إذا كانت هناك علاقة بين أنماط الأنشطة السائدة في كل من المناطق الريفية والحضرية، وبين معدلات الوفاة خلال الولادة وعما إذا كانت الأنشطة تحتاج إلى جهد جسماني يساعد المرأة على سهولة الولادة. وترجع الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الوفاة أثناء الولادة إلى فشل الداية في إتمام عملية الولادة في توقيتها المناسب، وإلى ضعف الأمهات أو المرض أثناء الولادة.

ثالثاً: الرعاية الصحية والممارسات الغذائية

في هذا الجزء نتتبع الجوانب التي يمكن أن تظهر فيها الاختلافات في الرعاية الصحية، وممارسات الرضاعة بين الذكور والإناث من الأطفال، كما سنناقش فيه الممارسات الغذائية التي تظهر أثناء الرضاعة الطبيعية والوجبات الغذائية الإضافية وكمياتها ونوعيتها، والتطعيم، واستجابة الوالدين عندما يمرض الطفل، ونوع العلاج الذي يعطي له خلال فترة مرضه.

أما بالنسبة لرضاعة الذكور والإناث من الأطفال، تتفق الإخباريات بأنهن لا يفرقن بين الذكور والإناث في فترة الرضاعة الطبيعية، كما لم يظهر في استجاباتهن ما يشير إلى وجود فروق في مدة الرضاعة بالنسبة لجميع الأطفال الأحياء ذكوراً أو إناثاً. وتتراوح مدة الرضاعة عادة للأطفال الذكور والإناث بالمناطق الريفية ما بين 20-25 شهراً. وتقل هذه المدة عن معدلها لدى عدد قليل من الأطفال، فلم تكن الرضاعة بالنسبة لهم رضاعة طبيعية وإنما كانت رضاعة زجاجة، وحصل جزء منهم على رضاعة طبيعية من نساء أخريات (جيران أو أقارب)، ويعزى ذلك إلى انقطاع لبن الثدي من أمهاتهم. وتزيد مدة الرضاعة عن معدلها بين قلة من الأطفال بسبب مرضهم أو ضعفهم أو فقدانهم الرغبة في الطعام.

أما عن مدة الرضاعة الطبيعية في المناطق الحضرية فتقل عنها في الريف، فنجدها تتراوح ما بين 10 – 15 شهراً. وقد أوضحت الاستجابات وجود اختلافات بين كل من المناطق الريفية والمناطق الحضرية، إلا أن الاختلاف الأساسي تم كشفه بين المنطقة الريفية والحضرية (كانت قيمة كا^2 13.848 وهي ذات دلالة عند المستوى 0.01 ودرجة الحرية 4). وتشير البيانات إلى عدم وجود اختلافات جوهرية بين الذكور والإناث من الأطفال الرضع في فترة رضاعتهم طبيعياً.

ومع ذلك فإن الحقائق التي جمعت عن طريق المقابلات، والملاحظة يمكن أن تتعارض مع الحقائق السابق عرضها في هذا الصدد حيث أن مدة الرضاعة الطبيعية للأطفال الذكور أطول منها للأطفال الإناث. ولا تعتبر هذه الحقيقة مطلقة لجميع الأطفال الذكور، ولكننا نجدها تتأثر طبقاً لبعض الاعتبارات، كعدد الذكور من

الأطفال في الأسر. إذ أن الطفل الذكر الأول، يحظى بفترة أطول من الطفل الثاني والثالث. ويصدق هذا المعنى على الطفل الذكر الذي يولد بعد اثنين أو ثلاث أطفال إناث.

أما بالنسبة للوجبات الغذائية الإضافية والسوائل، فلا يوجد وقت محدد لإعطائها للأطفال. ففي المناطق الحضرية والريفية على حد سواء تعطى السوائل للأطفال لحظة استساغتهم لها، كما تعطى الأعشاب المغلية كدواء حينما تشعر الأم بأن طفلها مريض. وهذه الوصفات غالباً ما يكون مصدرها السيدات المسنات، ويعطى الشاي للطفل أيضاً عندما يستسيغه. ولا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث في تناول مثل هذه السوائل إلا أن بعض الإخباريات أفصحن عن أنهن يخصون الطفل الذكر برعاية أكثر من الأنثى، حيث قالت إحدى الإخباريات الريفيات "مفيش اختلاف لكن الذكور هم اللي بيخلوا للأب ذكرى وأنا باقلق لما أحس إن ابني مش طبيعي وأروح لأمي على طول أسألها أديه إيه أصل الكبار دول بيعرفوا أحسن منا في الحاجات دي". ولقد ظهرت مشاعر مشابهة لتلك في بعض أسر المناطق الحضرية أيضاً.

وبشأن حالة الغذاء فقد أوضحت الدراسة أن الوجبات الغذائية الإضافية مرتبطة إلى حد ما بطبيعة أنشطة النساء، ففي حالة مزاولة الأم لبعض الأنشطة خارج المنزل لا يصبح لديها الوقت الكافي للرضاعة، عندئذ يصبح البديل هو الوجبات الغذائية الجاهزة. ويحدث في المناطق الريفية أن تضطلع الجدات والحموات والبنات بمسئولية تغذية الأطفال ورعايتهم، وهو أمر تقتضيه ظروف غياب الأم بالسوق أو بالحقل. وتتم تغذية الأطفال بمجرد قدرتهم على الأكل مباشرة. وتبدأ هذه المقدرة في المناطق الريفية والحضرية عندما يبلغ الطفل ستة أشهر. عندئذ يعطى الطفل البطاطس المهروسة والبسكويت والفول المهروس والأرز المسلوق وكبد الدجاج وهي جميعاً تعتبر أغذية منتشرة وسائدة للأطفال في مثل هذا السن. وبشكل تدريجي يعطى الطفل الخضروات المطهية واللحم والخبز والجبن إلى أن ينخرط مع أفراد الأسرة ويشاركهم في طعامهم.

وعلى الرغم مما ذكرته الأمهات بأنهن لا يفرقن في الوجبات الغذائية بين الذكور والإناث، إلا أن الملاحظة كشفت إمكانية وجود تلك التفرقة، وخاصة عندما يبلغ

الطفل سن الثالثة أو الرابعة حيث يتناول الأطفال الذكور طعامهم مع الذكور الكبار. بينما تتناول الإناث الصغار طعامهن مع البنات الكبار، ويتم ذلك غالباً بعد أن ينتهي الصغار من تناول طعامهم. ومن حيث كمية الطعام التي تستهلكها الأسرة أسبوعياً، يلاحظ أن الذكور يستأثرون بنصيب أكبر من الإناث. ومع ذلك فإن هذه التفرقة نادراً ما تحدث حينما تكون الأمهات متعلمات أو في الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المرتفع.

أما في المناطق الحضرية، فإن العلاقة بين أنواع النشاط والوجبات الغذائية الإضافية تظهر بصورة أوضح، كما تكون علاقات التعاون والقرابة أقل قوة عنها في الريف، ولذلك إذا كانت الأم تعمل خارج البيت تصبح تغذية طفلها مشكلة. وغالباً ما تستخدم الإرضاع الصناعي وترك الطفل في دار الحضانة وقد تترك الأمهات أطفالهن مع أمهاتهن، أو يصطحبهن إلى أماكن عملهن إذا كان ذلك متاحاً. وتكاد تتشابه الوجبات الغذائية الإضافية التي تعطى للأطفال في المناطق الحضرية مع تلك التي تعطى بالمناطق الريفية. وإن كن تستخدمن الوجبات الجاهزة والمعبأة بالصيدليات المتاحة بوفرة في الحضر. والأمهات في الحضر أقل تفرقة في كمية الطعام التي تعطى للذكور والإناث من الأطفال، وإذا حدثت تفرقة فهي تظهر في الأسر الفقيرة ذات العدد الكبير من الأطفال.

وتقدم أمصال التطعيم ضد الأمراض عن طريق الوحدات الصحية بالقرى ومكاتب الصحة في المناطق الحضرية. ويجب على كل طفل أن يحصن ضد الأمراض المنتشرة بين الأطفال، أما أنواع التطعيمات الأخرى فتعطى بشكل جرعات عن طريق الوحدات الصحية ومكاتب الصحة أو في المنزل من خلال الأطباء ومساعديهم. أما التطعيم ضد الأمراض الخطيرة مثل الكوليرا وشلل الأطفال فكثيراً ما يتم في شكل حملة قومية. وبسبب إحجام الأمهات وافتقارهن للمعرفة الخاصة بمدى أهمية التطعيم، فإن العاملين بالوحدات الصحية يخرجون إلى الشوارع للقيام بالتطعيم. وعلى الرغم من الحملات القومية والجهود التي تبذل في هذا الصدد من قبل السلطات، إلا أن نسبة الأطفال الذين أخذوا جرعات التطعيم في الثلاث قرى لم تصل إلى الحد الأقصى كما تدلنا البيانات الميدانية. كما أن هناك أيضاً اختلافات بين القرى وبين الأمراض

المختلفة في نسبة الأطفال الذين تم تطعيمهم. فنجد أن أعلى نسبة قد تحققت في القرية (أ) حيث يوجد بها أكبر وحدة صحية في المنطقة وحيث ترتفع فيها درجة التحضر.

وهكذا يتضح لنا أن الاتجاهات الإيجابية نحو أهمية تطعيم الأطفال يمكن أن تتعاظم أو يرتفع معدلها مع عملية النمو الحضري وما يوفره من خدمات صحية. ومما يؤكد ذلك انخفاض نسبة الأطفال الذين تم تطعيمهم ضد مختلف الأمراض بالقرية (ب) ومرد ذلك عدم وجود وحدة صحية بهذه القرية، وهو أمر يضطر معه الأهالي إلى الانتقال إلى القرية (أ) للتطعيم. فباستثناء شلل الأطفال الذي يتم من خلال حملة قومية نجد أن معدل التطعيم في هذه القرية منخفض. وفي القرية (ج) تنخفض أيضاً نسبة التطعيم، ويمكن تفسير ذلك بالكفاءة المحدودة للوحدة الصحية بهذه القرية.

وبصفة عامة نجد أن نسبة تطعيم الأطفال ضد الأمراض، والتي تتم من خلال الحملات القومية تبدو عالية بشكل واضح، كما تشير البيانات بالنسبة لمرض شلل الأطفال.

فمن الملاحظ أن جميع الأسر المختارة بالحضر قد قامت بتطعيم أطفالها ضد جميع الأمراض. ويبدو أن الاختلاف بين الريف والحضر بصدد تطعيم الأطفال تتحكم فيه اعتبارات مختلفة، ككثافة الجهود المبذولة بواسطة الجهات الصحية، وإدراك أفراد المجتمع في مختلف المناطق لمخاطر إغفال الاهتمام بالتطعيم، ومدى متابعة برامج التليفزيون التي تذيع فيها الجهات الصحية الإعلانات الخاصة بالتطعيم أثناء الحملات. كما يلعب المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي للأسر دوراً مؤثراً في هذا الصدد، إذ نجد أن الآباء والأمهات المتعلمين يحرصون على تطعيم أطفالهم في الأوقات المحددة، أما الأسر ذات المستوى الاقتصادي المرتفع فتحرص على تطعيم أطفالها من خلال علاقتها الشخصية مع الأطباء والذين غالباً ما ينصحونهم بتطعيم أطفالهم. كما يحدث أن يقوم الأطباء بتطعيم الأطفال خلال زياراتهم الشخصية لبعض الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية، وهو أمر من الأمور الأكثر انتشاراً في الريف عنه في الحضر.

وعلى الرغم مما أكدته الإخباريات من أنهن لا يفرقن أو لا يميزن بين الذكور والإناث في التطعيم، إلا أن ملاحظة يوم من أيام التطعيم في الوحدة الصحية بالقرية

(أ) جعلتنا نتمكن من رؤية الأطفال مع أمهاتهم. فخلال ذلك اليوم بلغ عدد الأمهات المترددات على الوحدة الصحية (25) أما عشرون منهن حضرن بأولادهن الذكور من أجل التطعيم. كما لوحظت نفس الظاهرة في القريتين الأخريين، ويكفي هذا الافتراض وجود التميز في الرعاية الصحية بين الذكور والإناث من الأطفال وانعكاس ذلك حتى في التطعيم.

وبرؤية أكثر اتساعاً لمفهوم الرعاية الصحية لتتجاوز حدود التطعيم، يلاحظ أن الآباء والأمهات يراعون بصفة عامة صحة أطفالهم، عندئذ يندر التمييز في حالة المرض بين الذكور والإناث، فالناس يفهمون المرض من وجهة النظر الدينية، والإنسانية، وعدد قليل من الإخباريات في الريف اللاتي تحدثن عن وجود مثل هذا التمييز. والغالبية العظمى منهن لم يمارسن مثل هذا التمييز بين الذكور والإناث أثناء مرض أطفالهن، إذ أن هذا التمييز غير ديني ومن ثم فتأبى رؤيتهم الدينية لهذا الأمر فعله: "البنات مخلوقات ربنا برضه ولما الواحدة منهم تعيي لازم تروح للدكتور البنت زي الولد بالضبط" وهذا ما ذكرته إحدى الإخباريات بالريف، وقد وافق الكبار من الذكور والإناث على هذا القول. أما إذا ما كان هناك أي تمييز فينعكس فقط في درجة القلق وسرعة الاستجابة ومقدار ما تضحي به الأسرة مادياً في مثل هذه المواقف. وقد أكدت الملاحظة وجود هذه الأشكال من التمييز خاصة في المناطق الريفية. وتحرك هذا التمييز دوافع ثقافية قديمة، كما ترتبط بتفضيل الذكور على الإناث واحتلالهم مكانة عالية عن مكانة الإناث سواء داخل الأسرة أو خارجها. وينعكس هذا التفضيل على الرعاية الصحية التي يتلقاها كل منهما. وعندما تواجه الأسرة بهذا التمييز - وهو الذي تنكره دائماً في البداية - نجد أن النساء والرجال يبررون ذلك من خلال تصورات عن أن الذكر أكثر عرضة للمرض من الأنثى، وأنه يمكن أن يتعرض لمخاطر الموت بسرعة. ويرددون لتدعيم ذلك بعض الأمثال الشعبية السائدة في المجتمع المحلي حول هذه التصورات منها: "إكسر ضلع البنت يطلع لها 24 ضلع" "الولد خلقه ضيق وممكن يموت من أقل مرض". وتوضح هذه الأقوال المعتقدات المرتبطة بأهمية الذكور من الأطفال. وتختلف هذه الاتجاهات نحو التمييز عندما تسهم البنت مساهمة فعالة في دخل الأسرة داخل المنزل أو خارجه. ويتأكد ذلك مما قالته إحدى النساء العاملات في

مصنع للطوب بالقرية (ج): "بنتي تشتغل معايا وتساعدنا في هموم المعيشة، ولما تعيي ماقدرش اسكت دي البنت نفعانا برضه".

وهنا يبرز دور النشاط الاقتصادي وطبيعته ودرجة إسهام الذكور أو الإناث، وهي عوامل تسهم إلى حد كبير في تخفيف وطأة التأثيرات الثقافية الراسخة والعميقة، بشأن التمييز بين الذكور والإناث. وقد تؤثر الظروف الاقتصادية للأسرة في سرعة الاستجابة أثناء حالات مرض طفل من أطفالها، ففي الأسر الفقيرة لوحظ أنه من الشائع لجوء الأسرة إلى مصادر الطب الشعبي في بداية الأمر، فإذا اعتقدت الأم أن مرض ابنها سببه الحسد، فإننا نجدها تهرع إلى أحد المسنين ليقدم لها حرزاً أو حجاباً أو تعويذة لدرء الخطر عن طفلها. وقد تتلمس الأم إحدى الوصفات العلاجية الشعبية من أحد المسنين، إلا إنها قد تقرر الذهاب إلى مصادر العلاج الحديث كالطبيب إذا لم يبد العلاج الشعبي مفعولاً في مواجهة المرض.

عندئذ لا يكون هناك مشكلة في اتخاذ مثل هذا القرار. أما إذا لم يكن في استطاعة الأسرة تحمل نفقات العلاج لأسباب اقتصادية، فإن الوالدين يذهبان إلى حلاق الصحة والذي يقدم بدوره بعض العقاقير الطبية كالحقن والأقراص، وقد تساعد مثل هذه العقاقير على شفاء الطفل من مرضه، ومن الممكن أن ينصح حلاق الصحة الوالدين بالذهاب بالطفل المريض إلى الطبيب. وعندما تكون حالة الطفل شديدة المرض فنجد الوالدين يحاولان بذل أقصى جهدهما لعرض طفلهما على الطبيب حتى إذا لم يكن في مقدورهما دفع المبلغ المطلوب. والذي يحدث كثيراً في الأسر الفقيرة عند تعرضها لمثل هذه الظروف أن تقوم باستدانة المبلغ المطلوب من الأقارب أو بيع الممتلكات (كالماعز أو الذهب أو الفضة)، أو شيئاً من مخزون المحاصيل (كالقمح أو الذرة ... الخ).

وتكاد تتشابه مظاهر السلوك هذه في الأسرة الفقيرة في كلا المناطق الحضرية والريفية إلا أننا نجد فرقاً عندما نتعامل مع حالة الأسر ذات المستوى الاقتصادي والتعليمي المرتفع، إذ أن الاعتماد على الطب الشعبي أو الحديث وطبيعة الاستجابة في هذا الصدد لدى الوالدين تجاه مرض أطفالهم أمور تتأثر إلى حد كبير طبقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي ودرجة التعليم للأسرة.

رابعاً: أنواع الأمراض المنتشرة ووسائل علاجها

ترتبط الأمراض السائدة بالقرى ارتباطاً وثيقاً بطبيعة البيئة التي يعيش فيها أفـراد المجتمع الريفي. فبسبب عدم توفر النظافة ونقص وسائل الوقاية يـصبح الأطفـال أكثـر عرضـة للإصـابة بـالأمراض كالإسـهال والالتهـاب الرئـوي، والدوسـنتاريا والتيفـود، والجفاف، والحصبة. ومن خـلال المناقـشات مـع الأطبـاء وفحـص ملفـات الوحـدات الصحية، ثبت أن المرض الأكثر شيوعاً بين الأطفال هو الإسهال والجفـاف الـذي يهـدد حياة العديد من الأطفال وكثيراً ما يؤدي إلى الوفاة. وحوالي 70٪ من الأطفال الذين تم فحـصهم بواسـطة أطبـاء الوحـدة الـصحية خـلال شـهر، كـانوا يعـانون مـن هـذين المرضين،حيث ترتفع نسبة الإصابة بهما خـلال شـهور الـصيف ويؤكـد الطبيـب تلـك المعاني قائلاً:

"إن الطقـس الحـار يـساعد علـى نمـو الجـراثيم والميكروبـات، وإذا مـا أهملـت الأمهات – وهذه مسألة معروفة – نظافة الثدي أو الزجاجة اللي بترضع ابنها منها، أو أهملت النظافة بشكل عام، فيتعرض الأطفال للعدوى وهنا مفيش فرق بـين الـذكور والإناث".

وامتداداً لتلك العلاقة بين البيئة والأمراض بالريف، نجـد أن الكبـار يـصابـون بالبلهارسيا وبشكل خاص الذكور منهم، فصلتهم دائمة بميـاه الـترع الـتي تعـد مرتعـاً خصباً لديدان البلهارسيا، والتي تخترق جلد الإنسان عند وجوده في هذه الميـاه، ولهـذا المرض مخاطره الجسمية فقد يؤدي إلى سرطان المثانة في مراحله المتقدمة، وأحياناً يؤدي إلى الوفاة. ويوجد بالوحدات الصحية برنامج للوقاية مـن مـرض البلهارسـيا، ولكنـه برنامج يقتصر على مواجهة المرض بصفة مؤقتـه. ومـن الملاحـظ أن معظـم الحـالات المسجلة في ملفات الوحدات الصحية تـتردد عليهـا للعـلاج مـن مـرض البلهارسـيا. وفضلاً عن هذا المرض هناك مجموعة أخرى من الأمـراض التي تنتشر بين الكبار مثـل الدوسنتاريا والتيفود وآلام الروماتيزم. أما الإناث الكبـار فهـن يعـانين مـن الـضعف وبعض المتاعب الأخرى بسبب تكرار الحمل.

ولا تختلف المناطق الحضرية تماماً عن المناطق الريفية فيما يتعلق بأمراض الأطفال ولكنها تختلف بالنسبة لأمراض الكبار. ولا ينبغي أن نغفل ذلك الاعتبار الهام عند تناول الأمراض، وهو أن هذه الأمراض تتأثر إلى حد كبير في انتشارها بطبيعة الأنشطة السائدة في المدن والأقاليم الحضرية. ويؤكد صدق هذا القول قلة انتشار البلهارسيا [3] في المناطق الحضرية، وارتفاع معدل الإصابة بالالتهاب الرئوي والدرن وهبوط القلب وأمراض الجلد بين عمال البناء. وهذا ما يؤكد العلاقة بين نوع النشاط الاقتصادي وطبيعة الأمراض.

وما يزال نظام الرعاية الصحية في كل من المنطقة الحضرية والريفية نظاماً ثنائياً، يتعايش فيه الطب الشعبي والحديث معاً، وتوضح البيانات الميدانية مدى شيوع وانتشار الطب الشعبي في القرى الثلاث. وقد بلغت نسبة الأسر التي تفضله حوالي 17٪ من أسر الدراسة، 65.8٪ من نسبة الأسر يفضلون كلا النسقين العلاجيين الشعبي والحديث. وعلى الرغم من تعاظم الأعداد التي تفضل الطب الحديث في المنطقة الحضرية، إلا أن الازدواجية في النظام لم تتلاشى بعد، حيث بلغت نسبة الأسر الحضرية التي تستخدم كلا النوعين من الطب الشعبي والحديث 42٪ من مجموع الأسر المدروسة. كما لا يوجد اختلاف جوهري بين المناطق الحضرية والريفية في أنماط العلاج.

ومن خلال هذا الازدواج، نلاحظ أن الاتجاه العام للعلاج ينتهج الأسلوب التالي[4]:

أ. تبدأ محاولات الأسرة الذاتية من خلال تقديم بعض الوصفات العلاجية الشعبية والتي تذخر بها الثقافة الشعبية، كبعض الأعشاب المغلية التي تقدم للمريض.

ب. وخلال هذه المحاولة وانتظار نتائجها، من الممكن أن تقوم الأسرة باستشارة الصيدلي (يوجد في القريتين أ ، ج صيدليات) وسؤاله عن بعض الأدوية بعد وصف الحالة، وهو لا يتردد في تقديم الدواء للشخص المريض، حتى ولو كانت عقاقير بجرعات معينة.

أما في بعض الحالات البسيطة كالصداع والآلام الخفيفة فمن الممكن تناول أقراص الأسبرين ومسكنات الآلام التي يمكن الحصول عليها من البقال. وفي كلتا الحالتين فإن الأسرة تحاول توفير المبلغ الذي سوف تدفعه للطبيب وقيمة شراء الدواء الذي سوف يصفه الطبيب. وفي كل قرية ومنطقة حضرية يوجد شخص ما (كالحلاق أو أحد العاملين بالوحدة الصحية) يقوم بإسداء النصح في مثل هذه الحالات، وكثيراً ما تلجأ الأسرة إليه للاستفسار عن بعض الأمور منه، وتكون مهمته إعطاء الحقن والأقراص للمريض وأحياناً يطلب منه الذهاب إلى الطبيب.

ج. وفي حالة فشل أو تعثر هذه المحاولات فهناك ثلاثة بدائل:

1. الذهاب إلى الوحدة الصحية للحصول على الكشف المجاني وكذلك العلاج.
2. الذهاب إلى الوحدة الصحية وخاصة في المناطق الريفية للحصول على كُشف خصوصي" بمقابل مادي.
3. التوجه إلى العيادة الخاصة بالقرية أو المدينة. ويعتمد اختيار الناس بين هذه البدائل على خطورة الحالة، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة وحالة الشخص المريض في الأسرة (ذكر أو أنثى، كبير أو صغير، متعلم أو غير متعلم...إلخ).

وعندما تقرر الأسرة التوجه إلى الطبيب للكشف على أحد أفرادها فإن النساء تلعب دوراً هاماً في اتخاذ مثل هذا القرار، وطبقاً للبيانات الميدانية نجد أكثر من نصف عدد الأسر في الريف والحضر يكون القرار للزوجات في اختيار مصدر العلاج، وبشكل خاص في حالة مرض الأطفال. وفي بعض الأحيان يتخذ الزوج أو الأقارب أو كل من الزوج والزوجة مثل هذا القرار. ولا يعكس مثل هذا القرار القوة التي تتمتع بها النساء داخل الأسر فحسب، بل هناك مظاهر أخرى تشير إلى ذلك أيضاً.

وتفسر الإخباريات وأزواجهن عوامل اضطلاع الزوجات بهذا الدور بأنه في حالة حدوث المرض فإن الأم هي التي تمكث بجواره في المنزل حتى يتم الشفاء، كما أنها من خلال موقعها القريب تكون أكثر الأفراد شعوراً بالقلق وأسرعهم استجابة للموقف عندما يصاب الزوج أو أي طفل من أطفالها بالمرض. وينعكس هذا القلق على الزوج إذا لم يكن

هو المريض، ومن ثم فيسرع باصطحاب المريض من أفراد الأسرة إلى المستشفى أو أي عيادة بالمدينة.

وهكذا يتضح لنا أنه بالرغم من إصرار الزوجة على عرض الشخص المريض على الطبيب، إلا أنه نادراً ما تقوم بهذا الدور بنفسها، وإذ كان على الزوجة أن تنتظر عودة زوجها من العمل أو تستدعيه إذا كانت الحالة خطيرة أو تطلب من بعض أقاربها الذكور الذهاب معها إلى المستشفى أو إلى العيادة. ولكن ذلك لا يعتبر قاعدة عامة، فمن الممكن أن يكون للزوجة دخل مستقل (إذا كانت تعمل بالتجارة الصغيرة أو في وظيفة دائمة أو تحصل على أجر نتيجة القيام ببعض الأعمال داخل المنزل). وهذا يعطيها منزلة عالية وقوة داخل الأسرة، ومن ثم تكون لها صلاحيات تحمل مسئولية مصاحبة الشخص إلى المستشفى أو العيادة.

وقد اتضح هذا البعد بجلاء في الأسر المختارة لهذه الدراسة، فوجد أن اللاتي تعملن بالتجارة الصغيرة هن أكثر استقلالية وقوة، وفي معظم هذه الحالات تقوم الأم بدور هام في اتخاذ القرار بالذهاب إلى الطبيب وتنفيذ هذا القرار بنفسها.

ولا تجد النساء حرجاً في أن يقوم الطبيب بالكشف عليهن، وتوضح البيانات الميدانية أن الغالبية العظمى منهن في الريف والحضر يقبلن أن يتم فحصهن بواسطة طبيب. ولكن عدداً قليلاً في المناطق الريفية 2.5٪ يعارضن هذه الفكرة، 11.5٪ منهن يقبلن هذا الموقف بشرط ألا يكون الفحص متعلقاً بأمراض الجهاز التناسلي. ولاشك أن الاتجاهات الإيجابية غير المتوقعة للنساء بالريف نحو الأطباء الذكور في حاجة إلى تفسير. ويبدو أن طبيعة العلاقات بين الذكور والإناث بالقرية (حيث يعملون معاً ويتفاعلون فيما بينهم بصورة تلقائية) لها تأثير في اتجاه الذكور والإناث نحو بعضهم البعض. كما أن طبيعة الأنشطة السائدة في القرية قد تخلق مدخلاً واقعياً في التعامل مع المواقف اليومية في الحياة. فنجد أن النساء والرجال والأطفال يعملون جنباً إلى جنب. كما أن عدد الطبيبات أقل من عدد الأطباء. وإذا ما ترددت إحدى النساء على أحد الأطباء وامتدحته للأخريات، فإن ذلك بدوره يشجعهن على التردد عليه في حالة مرضهن. ولقد أوضحت المقابلات المتعمقة أن اللاتي ترفضن فكرة الكشف عليهن أو تقبلن ذلك بشرط، معظمهن من المسنات ولم يتم الكشف عليهن مطلقاً بواسطة

الأطباء. وقد يعزى موقف هؤلاء إلى ضيق نطاق علاقتهن بالمجتمع المحلى، فهن دائماً في المنزل وأحياناً في الحقل.

وبالرغم من ذلك فإن هناك اتجاهاً نحو التغير في موقف هؤلاء النساء نحو الفحص بواسطة طبيب. ويتأكد هذا المعنى من خلال البيانات الميدانية حيث لوحظ تغير في نسبة الإخباريات الرئيسيات اللاتي تم الكشف عليهن بواسطة طبيب بمقارنتها بأمهاتهن. إذ بلغ عدد الإخباريات في القرى الثلاث (69) أي بنسبة87.4٪ من إجمالي الإخباريات في الريف بينما وصل عدد أمهاتهن (32) وهي نسبة تصل إلى 40.5٪ من إجمالي عدد أمهات الإخباريات الرئيسيات. أما في المناطق الحضرية فيصل العدد إلى 21 بنسبة 100٪ بالنسبة للإخباريات و15 بنسبة 71.4٪ بالنسبة لأمهاتهن. ويتفاوت التغير في هذا الصدد طبقاً لدرجة التطور في المجتمعات المحلية المختلفة. ويعكس ذلك الاختلافات بين المناطق الريفية والحضرية في موقف الأمهات عند مقارنتهن ببناتهن المتزوجات في نفس الموقف.

خامساً: إنفاق الأسرة في مجال الرعاية الصحية

يبدو تعاظم حجم الإنفاق في مجال الرعاية الصحية إذا قورن بدخل الأسرة بشكل عام. وتوضح البيانات الميدانية أن الأسر الريفية قد أنفقت خلال عام واحد 3961 جنيهاً بمتوسط 50.1 جنيهاً، بينما أنفقت الأسر الحضرية في نفس العام 1604 جنيهاً بمتوسط مقداره 76.4 جنيهاً. وعلى الرغم من أن هناك اختلافاً بيناً في المتوسطات بين المناطق الريفية والحضرية، إلا أنها ليست كافية لإظهار مستوى الإنفاق في مجال الرعاية الصحية لكل فرد من أفراد الأسرة، وكذا البيانات التي يمكن أن تظهر في هذا الصدد.

فمن ناحية نجد أن الإنفاق في مجال الرعاية الصحية يزيد عندما توفر الأسرة نسبة أكبر من دخلها، ويحدث ذلك فقط عندما يكون كل من الزوج والزوجة متعلمين، وكذلك في حالة العمل بالوظائف الدائمة، أو يكونا من ملاك الأرض. وبصفة عامة نجد أننا إذا نظرنا إلى حجم الإنفاق في كل أسرة، فسوف نرى أنه عند

تساوى الأشياء الأخرى يظل هناك اختلاف كبير بينهم، فأسرة واحدة تنفق خمسة جنيهات فقط بينما تنفق أسرة أخرى أكثر من مائة جنيهاً.

ومن ناحية أخرى نلاحظ وجود فروق بين القرى في المبالغ التي أنفقت في مجال الرعاية الصحية، ويظهر هذا الاختلاف بين المناطق الحضرية المختلفة أيضاً. فقد أنفقت الأسر المختارة في القرية (أ) 2773 جنيهاً في السنة بمتوسط 89.5 جنيهاً. وفي القرية (ب) أنفقت الأسر فيها مبلغ 523 جنيهاً بمتوسط 22.7 جنيهاً. وفي القرية (ج) أنفقت الأسر 665 جنيهاً بمتوسط 526.6 جنيهاً بينما نجد أن المنطقة الحضرية (أ) قد أنفقت الأسر بها 1355 جنيهاً بمتوسط مبلغ 193.5 جنيهاً. وفي المنطقة الحضرية الثانية (ب) أنفقت الأسر 137 جنيهاً بمتوسط 19.6 جنيهاً. وأما في المنطقة الثالثة بالحضر فقد أنفقت الأسر 112 جنيهاً بمتوسط مقداره 16 جنيهاً.

وتسهم العوامل الثقافية بالمجتمع في زيادة حجم الاختلاف حول معدل الإنفاق ومن هذه العوامل التمييز بين الذكور والإناث، والذي ينعكس بدوره على ما ينفق في الرعاية الصحية. وقد أكدت الدراسة التي بين أيدينا هذه الملامح في اختلاف الإنفاق بين الأزواج والزوجات والذكور والإناث. إذ لوحظ استئثار الأزواج في المناطق الريفية والحضرية بنصيب أكبر من الزوجات في هذا الصدد. كما نجد أن ما يخصص للذكور يفوق مثيله المخصص لعلاج الإناث من الأطفال. ولقد بلغت نسبة المبالغ المخصصة بالمناطق الحضرية 37.7٪ بينما كانت الزوجات نسبتها 12.3٪ من إجمالي النفقات على الرعاية الصحية. كما أن مرض الأطفال الذكور تمثل تكلفته 28٪ من إجمالي النفقات بينما تصل هذه النسبة إلى 19.2٪ للأطفال البنات وذلك من إجمالي النفقات. أما في المناطق الحضرية فكانت تكاليف مرض الأزواج تمثل 72.4٪ من إجمالي النفقات، بينما بلغت تكلفة مرض الزوجات 10.5٪، أما مرض الأطفال الذكور فبلغت نسبة تكلفته 5.9٪ والإناث 9.6٪.

ويتضاءل تأثير العوامل الثقافية أمام خطورة المرض أو شدته، فقد أظهرت الدراسة المتعمقة، إنه في حالة خطورة المرض لا تتردد الأسرة مطلقاً في إنفاق أقصى ما تستطيع في مواجهة المرض، بصرف النظر عما إذا كان المريض ذكراً أم أنثى.

سادساً: انماط الوفيات

يعتبر معدل الوفيات في مصر منخفضاً بالنسبة للذكور والإناث إذ بلغت نسبته طبقاً لإحصاء 1978 – 10,6 للجنسين، وبالرغم من ذلك فإن التباين في معدلات الوفيات طبقاً للمنطقة والنوع والسن، توضح أن معدلات الوفاة مازالت عالية جداً، فنجدها أعلى في معدلها بالأقاليم، فعلى سبيل المثال بلغت في محافظة الفيوم 14.7 عام 1976. كما أن معدلات وفيات الأطفال في مصر بصفة عامة مرتفعة بشكل واضح حيث بلغت 74.25 في عام 1982 ويزيد ارتفاع معدل وفيات الأطفال بالريف بشكل واضح إذ بلغ 116 في عام 1972[5]. معنى هذا أن معدل الوفيات يمكن أن يختلف بين الريف والحضر، وطبقاً لاعتبارات السن المختلفة وبعض الاعتبارات الأخرى والتي نوليها مزيداً من الاهتمام في الأجزاء التالية من البحث.

فالمناقشات التي دارت مع أطباء الوحدات الصحية أوضحت العوامل والأسباب التي تكمن وراء وفيات الكبار من الإناث والذكور، وتأتي في مقدمة هذه الأسباب الأمراض الشائعة التي أصابت الحالات المتوفاة، وأبرز هذه الأمراض الأنيميا والسرطان اللذان هما محصلة طبيعية للإصابة بمرض البلهارسيا والتي غالباً ما تودي بحياة المصاب بها. وعلاوة على ما سلف فهناك مرض التيفود والذي يزيد انتشاره في فصل الصيف بمناطق الريف ويسهم بدوره في مزيد من الوفيات. ثم تأتي أمراض الدرن الرئوي وهبوط القلب في مقدمة أمراض الحضر وتتسق نتائج هذه المناقشات مع الأطباء مع ما يوجد بملفات الوحدة الصحية ومكاتب الصحة عن أسباب الوفيات.

وعلى الرغم من أنه من الواجب على الطبيب القيام بفحص كل شخص بعد وفاته لتحديد أسباب الوفاة، إلا أن هذا الإجراء لا يتم في معظم الحالات إن لم يكن فيها جميعاً. إذ يعتمد الأطباء في تشخيص أسباب الوفاة على التخمين وتقديم مبررات للوفاة من خلال خبرتهم حيال الأمراض السائدة والمنتشرة في القرية. وجدير بالذكر أن الأسباب التي قدمها الأطباء خلال إجراء المقابلة معهم هي نفس الأسباب المسجلة بملفات الوحدة الصحية.

أما بالنسبة لوفيات الأطفال فقد أشارت مناقشات الأطباء بالوحدات الصحية والمستشفيات إلى أن أمراض الصيف مثل الإسهال والدوسنتاريا والجفاف هي جميعاً أسباب تؤدي إلى وفاة الأطفال. وكذلك الحمل المتكرر للأمهات والضعف الناتج من تكرار مرات الولادة في مدى زمني ضيق وما يسببه ذلك من وفيات للأطفال. وعلاوة على ذلك فقد أظهرت دراسة الأسر المختارة أن معظم الوفيات فيها كانت بسبب أمراض الإسهال والحصبة.

وإذا أخذنا في الحسبان حالات الإجهاض التي ترتبط بصحة الأم فإن ذلك من الممكن أن يؤدي إلى تطوير الفرض القائل بوجود علاقة وارتباط بين صحة الأم وتكرار الحمل من جانب، ووفيات الأطفال من جانب آخر. وقد أكدت الدراسة المتعمقة هذا الفرض، حيث وجد أن النساء اللاتي تكررت مرات حملهن يفقدن أطفالهن بصورة أكبر من هؤلاء اللاتي ليس لديهن حمل متكرر. كما أنهن يلدن أطفالاً ضعفاء ومن ثم يكونون أكثر عرضه للموت بعد ولادتهم مباشرة بمجرد تعرضهم للأمراض. وكما توضح البيانات الميدانية فإن معظم الأطفال يموتون قبل بلوغهم سن الثلاث شهور من العمر، ويرجع ذلك إلى حساسية هذه السن بالنسبة للتعرض للأمراض، ومن خلال رؤية معدلات الوفيات في ضوء التغير في أوقات السنة نجد أن هذه المعدلات تكون في أعلى معدلاتها في فصل الصيف حيث يقترن ذلك بانتشار العديد من الأمراض التي تسبب وفيات الأطفال. وتكون معالم هذه التأثيرات أكثر وضوحاً بالقرى. وبالإضافة إلى ظروف البيئة في فصل الصيف، نجد انغماساً للنساء في الأنشطة المختلفة وترك أطفالهن في رعاية الجدات.

وجدير بالذكر ما يبدو من وعي لدى الإخباريات الرئيسيات وأزواجهن حول معدل وفيات الأطفال، فهم يدركون أنه في نقصان مستمر ويعزون ذلك إلى تقدم الطب وزيادة أعداد المستشفيات والأطباء وارتفاع نسبة التعليم، ووعي الأمهات بمخاطر الأمراض والحرص على تطعيم الأطفال ضد الأمراض المختلفة، ولم تقف تلك الرؤية المستنيرة للإخباريات حول أسباب انخفاض معدلات الوفاة في الأطفال، من أن تظهر تفسيرات متصلة بالقدرية في نظرتهن لوفاة الأطفال. وانعكست معالم هذه القدرية في إشارتهن بعدم وجود اختلاف بين الناس في مسألة الوفيات التي

تحدث للأطفال وشاركهن في ذلك المعنى أزواجهن. فالوفاة للأطفال شيء مكتوب وتخرج عن إرادة الإنسان ومردها إرادة الله ومن ذا الذي يستطيع أن يمنع تلك الإرادة إذا ما قدر لها الوقوع أو الحدوث. ولا يعني ذلك تناقضاً في الاعتقاد في دور الطب، ولكنهم يرون أن البشر يجب أن يبذلوا قصارى جهودهم في مواجهة أمراض الأطفال، ولكن ذلك لن يغير من إرادة الله.

وبالرغم من ذلك فقد أوضح التحليل الواقعي بعض العوامل التي يمكن أن تعكس بعض الاختلافات بين الأسر والتي تؤثر في معدلات الوفاة للأطفال، ومن بين هذه العوامل صحة الأم ونوع الطعام ووعي الأسرة بالقواعد الصحية. وتتضافر هذه العوامل مع عوامل أخرى كالظروف الاقتصادية للأسرة ودرجة التعليم، ومدى مساهمة النساء في الأنشطة الاقتصادية.

سابعاً: الاستفادة من الخدمات الصحية

يختلف وعي الإخباريات وأزواجهن، وتتعدد درجاته حول الوحدة الصحية، فالجميع يعرفون مكانها، والبعض فقط هم الذين يعرفون ما تقدمه من خدمات في المجال الصحي، كما يعي المجتمع أن الشخص المريض يمكن أن يتوجه إلى الوحدة الصحية أو المستشفى للحصول على العلاج بعد فحصه بواسطة الطبيب. ونسبة محدودة من أفراد المجتمع الريفي هي التي تعرف أن الوحدات الصحية أو مكاتب الصحة تقدم التطعيم والرعاية للأمهات وخدمات تنظيم الأسرة. ولقد أوضحت الدراسة المتعمقة أن الوعي بالخدمات التي يقدمها قطاع الصحة العامة مرتبط بتوافر الخدمة الصحية داخل القرية أو المنطقة الحضرية من جانب وبين نمط النشاط الاقتصادي لكل من الذكور والإناث من جانب آخر. ويصدق هذا على القرية (ب) من قرى الدراسة حيث تقع الوحدة الصحية خارج القرية إذ توجد بالقرية (أ). ولوحظ أن أهل القرية (ب) أقل إدراكاً ووعياً بالوظائف والخدمات التي تقدمها الوحدات الصحية. إلا أن هذا الوعي يرتفع بين الأفراد الذين يقومون بمزاولة الأنشطة داخل المجتمع مثل الوظائف الدائمة والتجارة الصغيرة، ونجده أوضح منه بين

هؤلاء عن أولئك الذين يزاولون أنشطة خارج المجتمع أو في داخل البيوت كأعمال المنزل والزراعة في حقل الأسرة. أما في المناطق الحضرية فإن هؤلاء الذين يعملون في القطاع العام أكثر إدراكاً عن هؤلاء الذين يعملون في القطاع غير الرسمي. كما يزيد وعي الفئة الثانية بدورها عن تلك الفئة التي تقوم بالأعباء المنزلية فحسب. وبشكل عام أوضحت الدراسة أن هناك اتجاهات سلبية نحو الوحدة الصحية والمستشفيات بين هؤلاء الذين لا يستفيدون من خدماتها.

وقد انعكست تلك الاتجاهات في إشارة الإخباريات عن طبيعة أداء الوحدة الصحية من وجهة نظرهن على النحو التالي:

1. استغلال الأطباء والعاملين بالوحدة الصحية لأفراد المجتمع من المترددين على الوحدة الصحية، والتمييز في معاملة المرضى والتميز الواضح لهؤلاء الذين يدفعون أتعاباً لهم، وتقديم رعاية أفضل أثناء توقيع الكشف الطبي عليهم، وعلى العكس من ذلك يهمل الذين لم يدفعوا هذا الكشف، كما قد يقدم لهم من الأدوية ما لا يتناسب مع طبيعة المرض.
2. قصور العلاج الذي يقدم من الوحدة الصحية أو المستشفى، وغالباً ما يكون من الأقراص التي يشبهها المترددون على الوحدة الصحية بأنها مثل قطع الحجارة الصغيرة والتي لا يعتقد في فعاليتها بأي حال من الأحوال. فالحقن هي التي يعتقد في تأثيرها في شفاء الأمراض وفعاليتها، ولكنها غير متوفرة بالوحدات الصحية أو المستشفيات ومن ثم يستعاض عنها بالأقراص لهؤلاء الذين لا يدفعون مقابلاً للكشف، وهو أمر يسهم في تكون هذه الاتجاهات السلبية لدى أفراد المجتمع.

ولقد تفاعل هذان العاملان مع عوامل أخرى منها عدم كفاءة قطاع الصحة الحكومي، ونقص فعاليته، وقصور الإمكانيات الدوائية، وعدم وجود الخدمات الصحية البديلة (كالقطاع الخاص) تفاعلت في تكوين هذه الاتجاهات السلبية لدى الأفراد.

وتمثل الوحدة الصحية بالمناطق الريفية للدراسة مصدراً هاماً للحصول على الرعاية الصحية فهم يلجأون إليها للكشف بواسطة الأطباء العاملين فيها، وللتطعيم والرعاية أثناء الحمل للأمهات أو لرعاية الأطفال بعد الولادة. وبالسؤال عن عدد الأفراد الذين قاموا بزيارة الوحدات الصحية أكدت 20 أسرة من القرية (أ) وعشر أسر من القرية (ب)، 15 أسرة من القرية (ج) أن فرداً أو أكثر من أفراد الأسرة قد قام بزيارة الوحدات الصحية للاستفادة من الخدمات التي تقدمها هذه الوحدات [(6)]. ويلاحظ نقصان عدد المترددين بالقرية (ب) ومرد ذلك هو وجود الوحدة الصحية خارج القرية إذ توجد بالقرية (أ).

وفي الحضر يختلف الأمر، حيث توجد البدائل العلاجية والمصادر المتنوعة، فقد أكدت أسرتان من المنطقة (ج) وأسرة من المنطقة (أ) على أن أي فرد من أفراد هذه الأسر يذهب إلى أي مستشفى. ويعني ذلك وجود نفس الاتجاهات السلبية بين سكان الحضر في الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الحكومي، إذ أنهم يتشككون فيها ولا يعتقدون في جدواها. ومع ذلك فقد أوضحت الدراسة أن بعض الأسر الحضرية تستفيد من القطاع الحكومي الصحي، إذ تحصل منه الأسر على خدمات رعاية الطفولة والأمومة، وتطعيم الأطفال.

وجدير بالذكر أن هذه المؤسسات الحكومية سواء كانت وحدة أو مستشفى لا تقدم أية خدمات مجانية داخل المنازل. فعلى سبيل المثال يجب أن تقوم الممرضات والحكيمات بزيارة النساء الحوامل بالمنازل بشكل منتظم لمباشرة حملهن، كما يجب على الطبيب الانتقال إلى الحالات الخطيرة التي تقع في نطاق الوحدة الصحية السكاني. ولكن ذلك لا يحدث أو يحدث خارج نطاق الخدمة الرسمية المجانية. وتأكد هذا من خلال الدراسة المتعمقة، فقد ذكرت الإخباريات أنه لم يقم أي شخص من الوحدة الصحية أو المستشفى بزيارتهن بالمنزل. كما أن الطبيب لم يذهب إلى أية حالة خطيرة إلا في حالة الكشف الخاص، وأصبحت هذه قواعد عامة سواء في الريف أو المدينة.

خاتمة

يمكن أن نستخلص من العرض السابق الاستخلاصات التالية:

1. إن الرعاية الصحية، وممارسات الإنجاب والاستفادة من الخدمات الصحية لا يمكن فهمها في معزل عن سياقها الثقافي وهو أمر يتطلب رؤية أكثر اتساعاً ووعياً أعمق من القطاع الصحي الرسمي، الذي على الرغم مما حققه من إنجازات في مجال الطب الحديث إلا أنه مازال هناك بقاء واضح للطب التقليدي ممثلاً في الداية وحلاق الصحة، وبعض الممارسات المنزلية التي مازالت قائمة. ويعكس بقاء هذه الرواسب الثقافية في مجال العلاج تعثر القطاع الصحي الرسمي في مجال العلاج وعدم قدرته على مواجهة مشكلات المجتمع الصحية، وعدم مقدرته على استيعاب التغييرات في النظام التقليدي للمعتقدات أو نسق القيم السائد، أو لعدم توفر وحدات صحية في بعض القرى.
2. يتأثر مفهوم الأفراد حول الصحة والمرض بالإطار الثقافي والنمط الشائع للنشاط الاقتصادي ومن ثم فهو يرتبط بهما. وتبدو بصمات التأثيرات الثقافية التقليدية وجذورها أكثر وضوحاً عن تأثيرات التغير الثقافي في هذا الصدد. ويستثنى من ذلك بعض الأفراد المتعلمين في الحضر والريف تجاه مفهوم الصحة والمرض حيث ظهرت تغيرات ملحوظة في الاتجاه الإيجابي.
3. إن ممارسات الإنجاب هي ممارسات قديمة وأصيلة في الثقافة كما أن دور الداية في هذا الصدد أكثر حسماً من دور الطبيب، فقد استقطبت الداية روادها من خلال العلاقات الشخصية. وعلى العكس من ذلك نجد الطبيب يؤدي هذا الدور في سياق رسمي، ومن ثم يضيق نطاق تغلغله في هذا الموقف الذي يتطلب فهماً لجوانب الثقافة ووعياً بطقوس الموقف. وعلى الرغم من ذلك فإن دور الداية لا يتعارض مع دور الطبيب، وإن كان الأمر يختلف في المناطق الريفية إذ يتحتم على الطبيب أن يتوصل إلى نوع من التعايش معها ومع غيرها من ممارسي الطب التقليدي حتى يمكنه القيام بمهمته على المستوى الرسمي والشخصي دون متاعب ومعوقات قد تسببها سوء علاقته بهؤلاء الأفراد.

4. إن التعليم ونوع النشاط تعتبر عوامل فاصلة وحاسمة في التغير تجاه الطب الحديث في ممارسات الإنجاب، وتفترض البيانات المتاحة أن النساء المتعلمات، واللاتي يعملن في وظائف دائمة هن أكثر الفئات استفادة من الطب الحديث في مجال رعاية الأمومة والطفولة. وهذا هو نفس سلوك النساء في المستويات الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة.
5. تنعكس تأثيرات العوامل الثقافية في موقف الأسرة من الأطفال الذكور والإناث وبشكل خاص في فترة الرضاعة الطبيعية، والعلاج الطبي، والوجبات الإضافية الجاهزة. إذ تعطي الأسر اهتماماً زائداً للأطفال الذكور، بسبب اعتقادهم أن الذكور سوف تكون مساهمتهم أكبر في النشاط الاقتصادي في مراحل العمر القادمة، كما أنهم سيحملون اسم العائلة.

إلا أن هذه الآثار تقل حدتها في المناطق الحضرية حيث أن التمييز بين الذكور والإناث في الرعاية الصحية وفي ممارسات التغذية أقل شيوعاً في هذه المناطق وكذلك بين المتعلمين والأسر ذات المستوى المرتفع اقتصادياً واجتماعياً في الريف.

6. إن التفاعل بين الإنسان والبيئة قائم ومستمر. وتبدو معالم هذا التفاعل في الأمراض المختلفة التي تولد كمحصلة لعوامل بيئية معينة ولأنماط من الأنشطة الاقتصادية المحددة. كما أن العلاج يتم بوسائل متنوعة يسهم فيها الطب الحديث والشعبي وتلعب النساء دوراً هاماً في هذا الصدد، كما أن هناك مواقف إيجابية في التعامل مع الطبيب إذا ما كانوا هن أنفسهن مرضى.
7. وامتداداً لتأثير البيئة في نوع المرض والإصابة به فإن معدل الوفيات مرتبط أيضاً بالبيئة ونوع النشاط ومن ثم تعلو نسبته في الريف عن الحضر، وبين الأطفال عن البالغين، وفي الصيف حيث الحرارة الشديدة وانتشار الأمراض التي تؤدي إلى وفيات الأطفال.
8. تسود الاتجاهات السلبية بين معظم الأسر نحو الخدمات الصحية العامة التي تقدمها الوحدات الصحية والمستشفيات العامة.

الحواشي والتعليقات

1. تتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات المصرية أنظر:

- P. Lynch and H. Fahmy; Crafts Women, Kerdassa Egypt I.L.O. 1984, P. 43.

- W.A. Hassona, Covarage Study: A comparative study in three countries. EMRO, WHO, 1981.

2. يرجع هذا إلى التغيرات في دور الداية والتي أكدتها دراسات أخرى. فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن عوامل استمرار دور الداية يرجع إلى الدور الذي تقوم به في الاتصال بين المرأة والطبيب كلما كانت المرأة في حاجة إلى رعاية طبيب أمراض النساء. أنظر:

- N.E. Nadim; Rural Health Care in Egypt, 1985.

3. في إحدى المستشفيات بالمنطقة الحضرية (ب) لوحظ عدد كبير من المرضى يعانون من مرض البلهارسيا، ولكن اكتشف أن معظمهم جاءوا إلى القاهرة للعلاج من مرضهم، أو مهاجرين جدد من المناطق الريفية.

4. من الممكن أن يحدث استثناء لهذا الاتجاه، وذلك في حالة خطورة المرض أو مضاعفاته، أو عندما يكون المريض شخصاً ذا أهمية وتأثير في الأسرة، أو يكون لدى الأسرة اتجاه إيجابي نحو الطب الحديث.

5. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التقرير الإحصائي السنوي 1979، إحصائيات وزارة الصحة 1980.

6. تؤكد الأرقام بملفات الوحدات الصحية هذا الاتجاه.

الفصل السابع

دراسة انثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري دراسة ميدانية في قرية مصرية(*)

أولاً: اهمية الموضوع

شهدت السنوات الأخيرة من القرن الحالي اهتماماً بدراسة عناصر التراث الشعبي المصري من الباحثين والدارسين المصريين، ولا يعني ذلك أن الاهتمام بهذا الأمر اهتمام حديث فحسب، بل هو نتائج لسلسلة طويلة من الجهود والمحاولات التي بذلت في النصف الأول من القرن الحالي.

وعلى الرغم من أن هذه المحاولات المبكرة كتب لها أن تكون على أيدي باحثين غير مصريين، إلا أنها وجهت الأنظار إلى أهمية وجود علم متخصص يتبنى بالدراسة والاهتمام عناصر التراث الشعبي المصري، كما مهدت الطريق أمام جهود الباحثين المصريين الذين تجددت محاولتهم، وأثمرت عن إرساء قواعد لعلم الفولكلور المصري، وتحقق على أيديهم الكثير من الإنجازات التي أثرت المكتبة العربية، واهتدى بها الكثير من الدارسين والمهتمين بقضايا التراث الشعبي المصري، والتي مازالت- رغم هذا الاهتمام- تحتاج إلى المزيد من الدراسات، لفهم جوانب الحياة الاجتماعية والثقافية للمجتمع المصري وبشكل خاص في نطاقاته الجغرافية والبشرية المتنوعة، فهذا الفهم من شأنه أن يسهم في إلقاء الضوء على أسلوب حياة الأفراد وطريقة تفكيرهم نحو الكثير من القضايا والموضوعات، سواء في بعدها الراهن أو في جذورها وأصولها التاريخية، وهي أبعاد ذات أهمية قصوى للقائمين على عمليات التخطيط والتنمية

(*) عرض لرسالة ماجستير أعدها الدكتور فوزي عبدالرحمن تحت إشراف الأستاذة الدكتورة علياء شكري، أجيزت عام 1984.

الاجتماعية، إذ كثيراً ما تتعثر هذه الجهود بسبب عدم الوعي بخصائص المجتمع، والأبعاد الثقافية التي تشكل أنماط سلوك الكثير من أفراده.

وفي هذه الدراسة التي ألقت الضوء على ممارسات العلاج الطبيعي في إحدى القرى المصرية، وضحت العديد من الأبعاد حول تفكير الكثير من الأفراد بشأن المرض، وأسبابه، والمعتقدات الدائرة حوله، وغير ذلك من المضامين التي كثيراً ما يتجاوزها النسق الطبي الرسمي ممثلاً في الوحدة الصحية، وغيرها من المؤسسات الصحية، عندئذ لا تتحقق الاستفادة من هذه الأنساق. وجدير بالذكر أن هذه القضايا لا ينفرد بها المجتمع المصري في بعض مناطقه، بل تشترك معه بعض مجتمعات العالم الثالث.

وعلى الرغم من أن جهود التنمية الصحية في المجتمع المصري قد حاولت تحقيق التغطية الصحية مراعية بعد الكثافة السكانية، والبعد الجغرافي، وبعض الاعتبارات الأخرى، إلا أن هذه المؤسسات بوضعها الراهن لا تحقق تغطية فعلية لمشكلات الريف المصري من الناحية الصحية، فقد أثقل كاهلها العديد من المشكلات التي حدثت كمحصلة لفلسفة النسق الطبي بشكله العام ورؤيته لمفهوم الخدمة الصحية، والتي هي بدورها تمثل انعكاساً لتغيرات اجتماعية وسياسية حدثت في المجتمع المصري منذ نشأة هذا النظام.

وزاد من حجم المشكلة عوامل أخرى تخرج عن نطاق اهتمام النظام الطبي، وتدخل في دائرة نظام التعليم الطبي في مصر، والذي ينحصر اهتمامه في العلوم الطبية فحسب، دون التطرق إلى بعض المعوقات الثقافية لدور الطبيب والنسق الطبي بالقرية المصرية. ومن هذه المعوقات الرؤية المختلفة والتفسيرات المتعددة لأسباب بعض الأمراض، والتي لا تتسق ورؤية الطب الحديث حول المرض. وقد تضافرت هذه العوامل في تحقيق اغتراب في النسق الطبي الرسمي عن ثقافة الكثير من المجتمعات المحلية، وأدى ذلك إلى انصراف الأفراد عنه واللجوء إلى الوسائل الأخرى كالمعالجين الشعبيين، أو مواجهة مشكلاتهم المرضية من خلال التجريب الشخصي.

إذن فالتغطية الصحية على أساس الكثافة السكانية والبعد الجغرافي ليست كافية لمعالجة المشكلات الصحية في الريف، بل هناك أبعاد أخرى يجب للتخطيط الصحي والقائمين عليه أخذها في الحسبان، وبشكل خاص تلك التي تتعلق بخصائص المجتمعات المحلية وطبيعة تفكير الأفراد فيها، ومعتقداتهم حول المرض والشفاء وهي جميعاً تعرف بالأبعاد الثقافية، ويمكن أن تسهم في فهمها دراسات الفولكلور والأنثروبولوجيا الطبية. ومن أجل ذلك كان اختيارنا لهذه الدراسة والتي تتركز أهدافها فيما يلي:

1. التعرف على الممارسات الطبية الشعبية في إحدى القرى بالريف المصري، وعلاقة هذه الممارسات بمفهوم الأفراد نحو المرض وأسبابه، ورؤية هذه الممارسات في سياق الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.
2. التعرف على الطقوس والممارسات التي يتبعها ممارسو العلاج الشعبي، ومفهومهم نحو المرض وأسبابه.

ثانياً: مفاهيم الدراسة وقضاياها الأساسية

(أ) مفهوم الطب الشعبي:

يعرف "دون يودر" الطب الشعبي بأنه: "جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج، وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض، ومعالجته بصرف النظر عن النسق الطبي الحديث". ويذهب "دون يودر" في تحديده لهذا المفهوم أن الطب الشعبي بمعناه المتعارف عليه الآن يتصل اتصالاً ثانوياً بالطب الأكاديمي في أجياله المبكرة. فكثير من الأفكار والممارسات التي تدخل حتى الآن في دائرة الطب الشعبي، كانت متداولة ذات يوم في الدوائر الطبية الأكاديمية، ولكن هذه الأفكار والممارسات استبعدت فيما بعد من الدوائر الطبية الأكاديمية، وأصبحت جزءاً من وجهة النظر الطبية الشعبية التي تدخل في إطار الثقافة.

وحول هذا المفهوم يورد محمد الجوهري أن الممارسات الطبية الشعبة ترتكز في جانب كبير منها على أسلوب المحاولة والخطأ، فمن الطبيعي أن يتفق الشعب على

مدار العصور، وبدرجة متفاوتة على طرق للعلاج الشعبي، لذلك كان من البديهي أن تؤكد البحوث الطبية الحديثة بعض الوصفات.

وفي تلك العبارات حول فلسفة المفهوم، تبدو الرؤية المشتركة والمبكرة التي قام بها الإنسان في أماكن متفرقة، وفي ثقافات متباينة للبحث عن حلول لمشاكل المرض، وكذلك معنى التفاعل المبكر بين الإنسان والبيئة، وعلاقته بالموجودات المحيطة به، ومعتقداته حولها، وهي الجذور الأولى التي شكلت ورسخت معتقدات العلاج، والتي مازال جزء منها قائماً حتى اليوم على امتداد الأجيال، برغم ما تحقق للطب الحديث من إنجازات.

ومما سلف يمكننا الخروج بتعريف إجرائي لمفهوم الطب الشعبي يأخذ في اعتباره المتغيرات التالية:

- ارتباط الطب الشعبي بمعتقدات أفراد المجتمع.
- أن الطب الشعبي يمثل رد فعل طبيعياً ومباشراً وتلقائياً إزاء ما يواجهه الأفراد بالمجتمع من متاعب، ومشاكل مرضية، ومن ثم يبدو فيه معنى التفاعل بين الإنسان والبيئة التي يوجد فيها.
- الممارسات والطقوس، والوصفات العلاجية التي يقوم بها الأفراد بأنفسهم، أو على يد ممارس متخصص.

وبذلك فيمكن صياغة التعريف كما يلي: إن الطب الشعبي هو معتقدات أفراد المجتمع نحو المرض، والأفكار السائدة حوله، ومسبباته وردود الأفعال التي تبدو في سلوكهم وتصرفاتهم لمواجهته، وذلك خارج نطاق الطب الحديث، لتشمل الطقوس والممارسات العلاجية للشفاء والمرض، أو للوقاية منه، وكذلك المحاولات المتنوعة التي تستخدم العناصر والمواد العلاجية أو تلك التي تتم على يد معالج متخصص.

(ب) الممارسات العلاجية:

ويتطلب تناولها تقسيمها إلى قسمين: الأول: وهي تلك الممارسات ذات الطبيعة السحرية والتي ترتكز على استخدام التعاويذ والأحجبة والرقى، وغالباً ما تتم هذه الممارسات على يد معالج متخصص لصعوبتها. والثاني: وهي الممارسات التي تتضمن

استخداماً لبعض المواد أو الأعشاب، أو للعناصر العلاجية بجوانبها النباتية والحيوانية، أو بموادها الطبيعية. وهذا النوع من الممارسات إما أن يؤدي على يد معالج متخصص، أو يتم داخل البيوت.

العناصر والوصفات العلاجية:

يحدد محمد الجوهري في كتابه علم الفولكلور العناصر العلاجية بأنها: "كل العناصر التي تنتجها البيئة الطبيعية من نباتات وحيوانات وكلها أشياء عادية تستخدم كما هي، وقد تعالج على نحو معين، قد يكون شديد التعقيد أحياناً، وليس من الضروري أن يستخدم العنصر النباتي أو الحيواني كله، بل إن الأمر قد يقتصر كما هو الحال عند استخدام عنصر حيواني على عضو منه، أو على إفرازات ذلك الحيوان".

(ج) ممارسو العلاج الشعبي:

وهم هؤلاء الأفراد الذين يقومون بالعلاج ووصف الدواء وتجهيزه، وكلها عمليات تحتاج إلى الخبرة والمهارة، وتعرف الكثير من الثقافات التخصص في الممارسات العلاجية، فالبيئة المصرية تعرف مجبر العظام الذي تخصص في حالات العظام فحسب، كما تعرف البيئة ذاتها الداية التي تخصصت في حالات الولادة، ومتاعب النساء الصحية، وكذلك حلاق الصحة الذي اضطلع بدور الممارس العام عبر التاريخ الطويل للريف المصري، والعطار الذي تخصص في حفظ وبيع الأدوية وتركيبها ووصفها. وتشابهت في هذا الصدد ثقافات أخرى مع المجتمع المصري، فعلى سبيل المثال تعرف بعض مجتمعات غرب أفريقيا مجبر العظام Bone Setter، الثقافة الصينية المعالجين بالأعشاب، ويطلق عليهم الأطباء الحفاة Bare Foot Doctors.

ويبدو أن وصول المعالج الشعبي إلى مرحلة التخصص، هو من الأمور الشاقة والبالغة التعقيد، فإذا كانت الداية بإمكانها أن ترث المهارة من أمها بالنسبة للمجتمع المصري، فإن الممارس الشعبي الذي يعرف "بالمعالج المشعوذ" في مجتمع الأزاندي لا يرقى إلى هذه الدرجة إلا بعد أن يتولاه أحد المعالجين القدامى بالإعداد والتجهيز، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال تناول بعض الأطعمة التي يعدها له الممارس القديم، والتي يكسبها أثناء إعدادها بعض القوى السحرية التي تسكن في جسم المعالج المتدرب.

ويزداد الأمر تعقيداً لدى الثقافة الأسبانية بالنسبة لمن يؤدي أدوار العلاج الشعبي، حيث يصبحون أفراداً غير عاديين، ويبدو تمايز هؤلاء المعالجين منذ ولادتهم، بل وأكثر من ذلك وهم في أرحام أمهاتهم، حيث يحدثون علامات لا تتكرر في غيرهم، كأن يصرخوا في أرحام أمهاتهم ويولدون في أيام سعيدة، كالاثنين والخميس والجمعة وفقاً لاعتقاد أفراد الثقافة، أو أن يكون الطفل السابع في الترتيب بين إخوته. وتنسج الكثير من الثقافات والأساطير حول ميلاد المعالج، وحول تكليفه بأدوار العلاج.

ثالثاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

هذه الدراسة التي نحن بصددها تعد واحدة من الدراسات التي تدخل في نطاق اهتمام علم الفولكلور، من حيث اهتمامها بعناصر التراث في مجال العلاج، كما تدخل في جزء منها ضمن دائرة اهتمام الأنثروبولوجيا الطبية من حيث اهتمامها بالممارسين العلاجيين، ومفهوم الأفراد نحو المرض ومسبباته ومعتقداتهم حوله.

ولقد استفادت الدراسة من المنهج الأنثروبولوجي، وما يتضمنه من أركان أساسية لدراسة الجماعات البشرية، ومنها بقاء الباحث لفترات كافية بين أفراد البحث في مجتمع الدراسة، ومعرفة عاداتهم وحياتهم، ومعايشتهم وملاحظة أفعالهم وسلوكهم من خلال علاقة يقيمها الباحث بمجتمع الدراسة، متجنباً بذلك مثالب الوسائل المنهجية الأخرى التي تعتمد على اللقاءات العابرة، والتي قد لا تثمر كثيراً في مجال دراسة المعتقدات.

الوسائل والأدوات المستخدمة في الدراسة

(أ) الملاحظة بالمشاركة أو بالمعايشة: حيث أتاحت هذه الوسيلة للباحث الوصول إلى الكثير من الحقائق حول مجتمع الدراسة، كما أمكنه من خلالها إقامة العلاقات بين أفراد المجتمع والاقتراب منهم. وجمع المادة الميدانية المطلوبة، والمشاركة في أنشطتهم اليومية، كما أن هذه الوسيلة تحقق الإجابة على الكثير من التساؤلات التي تمثل هدفاً للبحث، وتحقق التفاعل مع المجتمع موضوع الدراسة.

(ب) المقابلات المتعمقة: ولهذه الوسيلة أهمية خاصة في استثارة الكثير من الحقائق حول العديد من الموضوعات التي يتضمنها البحث، فمن خلالها يمكن التعرف على اتجاهات وسلوك الأسر في مجال الصحة والمرض، ومعتقداتهم نحوه وأساليب الشفاء وكيفية الوقاية من بعض الأمراض والوسائل والممارسات التي تتبع حيال كل موقف من المواقف المرضية المختلفة.

(ج) دراسة الحالة: واستخدمت في إلقاء الضوء على المعالجين الشعبيين، وظروف نشأتهم وكيفية اكتسابهم المهارات العلاجية، ومفهومهم حول المرض وأسبابه وكيفية تقاضي أجورهم، وغير ذلك من الوسائل والأساليب المتبعة لمواجهة المتاعب المرضية.

(د) الإخباريون: ولقد تم الاستعانة بمجموعة من الإخباريين، روعي فيهم التنوع العمري والأمانة والصدق، وقد أعدت بطاقة لكل إخباري شملت بعض البيانات الخاصة به، والتي أهمها السن، والحالة الاجتماعية، والتعليم والمهنة، والخبرات المتنوعة.

(ه) دليل العمل الميداني: وهو من الأدوات الهامة في جمع عناصر التراث الشعبي، ولذا فقد تم إعداد مجموعة من الأدلة، لإنجاز هذه الدراسة، ومن خصائص هذه الأداة ما تتميز به من الإحكام المنهجي، والشمول والعمق والمرونة.

رابعاً: مجتمع الدراسة

أجريت هذه الدراسة في قرية الجفادون والتي تقع في الجنوب من بني سويف على مسافة 180كم من القاهرة، ويربط القرية بمدينة الفشن طريق ممهد ينعطف من الطريق الرئيسي الممتد بين القاهرة وأسوان عند مروره خارج مدينة الفشن. والقرية هي إحدى توابع مجلس قرى دلهانس. ويبلغ عدد سكان هذه القرية حوالي 1800 نسمة كما تتميز بالعزلة النسبية، ويعمل معظم أفرادها بالزراعة في ملكيات محدودة تتراوح ما بين فدان وخمسة أفدنة، باستثناء قلة من الأفراد تتجاوز ملكيتهم هذا العدد. وتنتشر الأمية في القرية بشكل ملحوظ بين نسائها ورجالها. وتضم القرية مدرسة ابتدائية ووحدة صحية ووحدة بيطرية، وجمعية زراعية.

خامساً: اختيار أسر الدراسة المتعمقة

تم اختيار عشر أسر لإجراء الدراسة المتعمقة من خلالها وقد روعي في اختيار الأسر أن تمثل الأنماط الشائعة بالقرية، بمعنى أن يعكس هذا الاختيار في مجمله الخصائص الاجتماعية والثقافية المتنوعة لمجتمع الدراسة حتى يمكن رؤية الممارسات العلاجية الشعبية في سياق الأبعاد التالية: البعد الطبقي، والتعليم، والنشاط الاقتصادي، والسن، ونمط الأسرة (نووية أو ممتدة)، والبعد أو القرب من المؤسسات الصحية، ونوع المرض. والجدول التالي يوضح أنماط الأسر الأسر المختارة للدراسة.

جدول رقم (1)
يوضح أنماط الأسر المختارة للدراسة المتعمقة

م	البعد الذى تمثله الأسرة	التعليم بالأسرة للزوج والزوجة	المهنة والنشاط الاقتصادى	نمط الأسرة	عدد الأبناء		السن		ملكية الأسرة
					ذكور	إناث	الزوج	الزوجة	
1	مستوى طبقى مرتفع	الزوجة أمية الزوج تعليم متوسط	ربة بيت موظف وله محل بقالة يعمل به ويباشر زراعته	ممتدة	1	-	25	15	15 فدان، وجرار زراعى، وماكينة مياه، وسيارة نصف نقل، ومحل بقالة، والمنزل مبنى بالطوب الأحمر ومجهز من الداخل
2	طبقى متوسط	الزوجة أمية الزوجة أمية الزوج يقرأ ويكتب	ربة بيت ربة بيت مزارع وتاجر	نووية	3	1	42	35 37	8 أفدنه، وتجارة المواشى، والحبوب، ومنزل
3	طبقى منخفض	الزوجة أمية الزوج أمى	ربة بيت عامل زراعى بأجر لدى الغير	نووية	-	1	39	23	ليس للأسرة ملكية زراعية ولا يمتلك إلا منزل بسيط
4	بعد التعليم	الزوجة أمية الزوج تعليم جامعى	ربة بيت مدرس	ممتدة	2	3	35	22	لا توجد ملكية للأسرة إلا منزل يقيمون به فقط
5	المهن	الزوجة أمية الزوج أمى	ربة بيت مزارع	ممتدة	1	2	46	37	فدانين من الإصلاح الزراعى ومنزل للإقامة
6	-	الزوجة أمية الزوج أمى	ربة بيت بقال	ممتدة	3	2	35	28	أرض زراعية مقدارها فدانين من الإصلاح الزراعى ومحل للبقالة صغير
7	-	الزوجة أمية الزوجة أمية الزوج أمى	ربة بيت ربة بيت بناء	ممتدة	2	3	27	23 20	فدانين من الإصلاح الزراعى، ومنزل به بعض الوسائل الحديثة، ويعمل بناء
8	القرب من الوحدة الصحية	الزوجة أمية الزوج متوسط	ربة بيت موظف	ممتدة	2	1	30	23	منزل، وفدانين من الإصلاح الزراعى
9	البعد من الوحدة الصحية	الزوجة أمية الزوج أمى	ربة بيت خفير ومزارع	ممتدة	4	3	40	33	ثلاثة أفدنه، ومنزل تقيم فى الأسرة
10	البعد من الوحدة الصحية	الزوجة أمية الزوج أمى	- مزارع	ممتدة	3	1	39	35	فدانين ونصف، ومنزل تقيم فيه الأسرة

عرض لأهم نتائج الدراسة الميدانية

الطب الشعبي في مجتمع الدراسة

يتضمن هذا الجزء عرضاً لموقف مجتمع الدراسة من الممارسات العلاجية الشعبية والممارسين العلاجيين، وسوف يتم تحليل المادة الميدانية حول كلا العنصرين الأساسيين للدراسة وهما: أولاً: الممارسون العلاجيون الشعبيون من خلال حصرهم حسب تخصصاتهم العلاجية وتحديد أماكن تواجدهم الجغرافي، وتناول الموجودين منهم بمجتمع الدراسة بشيء من التفصيل. ثانياً: معرفة مدى تأثر الممارسات في وجودها أو اختفائها ببعض الأبعاد داخل عشر أسر تحددت من خلال مجموعة من الأبعاد التي تعكس الأنماط الشائعة بمجتمع الدراسة.

أولاً: الممارسون العلاجيون الشعبيون

(أ) المجبراتي:

يؤدي عمله بعزبة بشرى التي يقيم فيها ويؤدي بجوار ذلك أعمالاً أخرى، فهو في الأصل مزارع ويقضي بعض الوقت في محل للبقالة بالعزبة، متزوج وله ابن واحد وأحفاد من هذا الابن، السن 84 سنة، الحالة التعليمية: لا يقرأ ولا يكتب، مدة العمل: 30 سنة مجبراتي.

كيف يتم العلاج: يسود اعتقاد في عزبة بشرى مقر إقامة المعالج بأن أحداً لم يعلم هذا المجبراتي فن علاج حالات العظام التي يقوم بعلاجها، ولكنه كلف من قوى خفية تولت تدريبه وتعليمه كيفية تشخيص الكسور والرضوض وآلام العظام، ثم أمرته هذه القوى بأن يقوم بعمليات العلاج. وفي اللقاءات معه للتأكد من صدق ما يشاع عنه، أجاب أنه كان نائماً ذات ليلة بعد صلاة العشاء في حجرة ذات ضوء خافت يضيئها مصباح كيروسين، وإذا به يستيقظ من نومه ليجد الحجرة وقد اشتد ضوؤها، كما ازدحمت بأشخاص تعذر عليه تحديد ملامح وجوههم[1]، وكل ما يذكره

(1) تقترب هذه المضامين مع ما أورده جورج فوستر حول أسلوب اصطفاء المعالج في بعض الثقافات.

عنهم هو ملابسهم التي كانت ناصعة البياض وأغطية رؤوسهم الخضراء. وتقدم أحدهم منه، وربت على كتفيه مشيراً إلى أحد الحاضرين بأنه حالة تستحق العلاج، ولكنه- أي المعالج- أجاب أنه لا يعرف كيف يتصرف في علاج حالات الكسور، عندئذ تولى هذا الشخص الغريب بالشرح المفصل كيفية تشخيص حالات آلام العظام والكسور وعلاجها، والمواد التي يجب أن تستخدم، وما هي الأكثر فعالية في كل حالة، مع بيان عملي على الشخص المصاب. وبعد هذه اللحظات خلت الغرفة من هؤلاء الغرباء وعادت إلى حيث كانت، وظل المعالج في قلق حتى الصباح، وقال في نفسه أنه ربما كان يحلم بما حدث وتهيأت له في هذا الحلم تلك الأحداث التي رآها.

وقبل أن ينسى هذا الحدث، وفي صباح اليوم نفسه حضر إليه بالفعل شخص مصاب بكسر في رجله وطلب منه المساعدة، ويقول المعالج أنه لم يتردد لحظة في تولي هذه المهمة التي كلف بها، والتي تذكر تفاصيلها فور تولي علاج هذا الرجل. وبعد لحظات من الريبة والخوف انتابه من أن يكون هذا الزائر المصاب قد حضر من قبل الغرباء الذين رآهم بالأمس، لكي يختبره ويتأكد من مدى التزامه بالتكليف الذي طلب منه، تمالك نفسه وأجلس المصاب وحدد مكان الكسر وعمل له جبيرة ولم يتقاض شيئاً منه على الرغم من إلحاح الشخص المصاب، ولم يعرف نتيجة هذه الحالة، إذ رحل الشخص المصاب والذي لم يكن يعرف إقامته ولا اسمه ولم يعد إليه ثانية.

ومنذ هذه الآونة وهو يتصدى لحالات الكسور وعرف لدى الناس بهذه المنطقة بمهارته في علاج الرضوض وتجبير الكسور.

علاقة المترددين على الجبراتي بالنسق الرسمي للعلاج

يتردد عليه مصابون من مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة، فعلاوة على الاعتقاد في مهارته والثقة في خبراته، فإن الوحدة الصحية بالقرية تخلو من طبيب متخصص في علاج العظام. ويزيد من صعوبة الموقف أن المستشفى بالفشن لا تواجه حالات الكسور بعناية كما يقول أهل المنطقة من المترددين على الجبراتي، ومن ثم فقد تركت لديهم اتجاهات سلبية نحوها، ويقول بعض المترددين على الجبراتي "الواحد علشان يروح الفشن يقعد كام يوم في المستشفى لحد ما يجبسوا رجله، والآخر يطلع

الجبس غلط، لكن المجبراتي إيده فيها الشفا وقريب مننا". ويقول متردد آخر: "مفش حالة استعصت عليه، وبعد م الناس بتروح المستشفى بترجع له علشان يصلح الكسر بعد المستشفى".

بعض الحالات التي عالجها المجبراتى

حالة رقم (1):

حالة شاب في سن الخامسة والعشرين من قرية شنرا كان قد سقط من فوق سطح البيت وأصيب بعدة كسور وشروخ في الخوض والفخدين، ويقول المعالج أنه بعد فحص هذه الحالة شعر أنه لا يستطيع التصرف فيها، وطلب من أهل المصاب التوجه إلى المستشفى بالفش، ولكن أهل المصاب توسلوا إليه بأن يتولى هو علاج هذه الحالة بدلاً من الذهاب إلى المستشفى التي سوف تدخلهم في إجراءات معقدة قد تتسبب في زيادة مضاعفات المصاب، كما أنها قد تخطئ التشخيص ومن ثم العلاج، وأكدوا له قدرته التي وهبها الله في العلاج وسمعته الطيبة التي قصدوه بسببها. وأمام هذا الإلحاح قبل المجبراتي علاج الحالة وطلب منهم إحضار نجار وقطعة من الخشب الأبلكاش وأخذ مقاس الحوض والفخذ، وطلب إلى النجار عمل صندوق لمناطق الإصابة، وألبسها للمصاب، وقام بعمل جبيرة له وضع فيها الأجزاء المصابة لمدة استمرت 25 يوماً، ويقول أنه تصادف أن رأي هذه الجبيرة طبيب الوحدة الصحية فأكد أن هذه الجبيرة لم يصنعها شخص عادي ولكن شخص خبير أو أخصائي في العظام.

وبعد انقضاء المدة المحددة رفع الجبس من المناطق المصابة، ووجد أن الكسور قد التأمت إلا أن المفصل لم يتحرك وظهرت بذلك مشكلة أصابته بالحيرة، وهي كيف يمكن أن تعاد كفاءة المفصل وبينما هو في هذه الحيرة إذ بطفل صغير يمر عليه ويسأله ماذا بك فيتجاهله المجبراتى، ويستطرد الطفل أعرف ماذا يشغلك، إنه مفصل هذا الرجل المصاب، عندئذ انتبه الرجل إلى الطفل الذي أشار عليه باستخدام ربع كيلو من دهن الضأن + كيلو من بلح العجوة بعد إخلائه من النوى ويخلطا معاً ويدقا في هون ويتم وضعهما في شكل لبخة فوق المفصل المصاب، وأسرع المجبراتي في تنفيذ هذه

الوصية التي أشار بها الطفل، وبالفعل تحقق للمريض الشفاء.

وعاد المصاب هو ومرافقوه إلى قريتهم، وحملوا معهم تفاصيل هذه الملابسات حول الحوار الذي يدور بين المعالج وبين أشخاص من العالم الآخر حول بعض المشكلات التي لا يجد حلاً لها، مؤكدين ذلك بما شاهدوه بأنفسهم من حواره مع الطفل الصغير، وما ترتب على ذلك من شفاء مصابهم. ويكفي أن ينقل رواية بهذا المضمون لإحدى القرى وأحد شهود العيان الذين يرافقون مريض تم شفاؤه على يد معالج شعبي.

وبعد ذلك عرض عليه أهل المريض مبلغاً كبيراً من النقود ولكنه أخذ منهم خمسة جنيهات وأعاد لهم الباقي، وترددوا عليه بعد ذلك حاملين بعض الهدايا، وكثيراً ما اصطحبوا مصابين معهم إليه.

حالة رقم (2):

وهي سيدة من تلت إحدى القرى القريبة من مقر إقامة الجبراتي تبلغ من العمر 40 سنة سقطت من فوق سلم البيت الخشبي وأصيبت بسبب ذلك بكسر في عظمة الفخذ، وتوجهوا فور ذلك إلى المستشفى بالفشن وطلبت منهم المستشفى إبداء أسباب الإصابة. وتصادف أن كان مع المرافقين للمريض شخص له معارف وأصدقاء في عزبة بشرى فأشار عليهم بالذهاب إلى مجبراتي بشرى صاحب البركات في العلاج، والذي تحقق على يديه الشفاء لكثير من الحالات الصعبة. وبالفعل توجهوا ومعهم المريضة من المستشفى إلى عزبة بشرى حيث يقيم الجبراتى، وعند وصولهم إليه قام بفحصها وتحديد مكان الكسر وأحضر مجموعة من المواد منها: تبن أسود أو تبن فول + ملح خشن + نبات مارسين (وهو نبات ينمو في حقول القرية) + بيض + دقيق قمح.

ثم قام بتسخين هذه المواد وعمل حمام بخار يعرف بحمام نبات المارسين ثم ربط الكسر بعد إعادة العظام إلى موضعها الأصلي، ودهن المكان بخليط من البيض ودقيق القمح ولفه بقطعة من القطن الطبي وقماش الدمور، وطلب منها أن تعود بعد فترة أسبوعين لفك الجبيرة والاطمئنان على سلامة الكسر. وبالفعل عادت مع مرافقيها،

وقام المعالج بفك الجبيرة واطمأن على سلامة وضع عظام الفخذ وأعاد الجبيرة مرة ثانية، واستمرت لمدة عشرة أيام أخرى، حضرت بعدها لفك الجبيرة نهائياً، وبعد أن كانت قد جاءت محمولة في المرة الأولى لا تستطيع المشي عادت في المرة الأخيرة إلى تلتْ وهي واقفة على رجليها. وتكفي حالة أو أكثر من هذه الحالات يواجهها المعالج لكي تفتح مجالاً واسعاً للشهرة وتؤكد في أذهان أفراد المجتمع صدق ما يشاع عن مقدرته في العلاج، فالقرية بنسق علاقتها يمكن أن تتابع مثل هذه الأحداث، وتتعقب ما يحدث لها بتفاصيل دقيقة، وطبيعة الاتصالات فيها يمكن أن تروج لمثل هذه الواقعة وغيرها بعد أن تضيف عليها من إبداع العقل البشري الكثير في هذا الصدد.

الحالات التي يعالجها الجبراتي

يواجه حالات الكسور بأنواعها، والرضوض، وحالات الملخ، وعرق النسا، حيث يقوم بالكي أيضاً، بالإضافة إلى عمله كمجبراتي، وذلك من خلال تحديد أماكن الألم بالظهر والرجل ويقوم بكيها مستخدماً في ذلك سلك من المعدن يتم تسخينه لدرجة الإحمرار.

المواد التي يستخدمها

يستخدم البيض والدقيق وتبن الفول ونبات المارسين وبعض المواد المقوية لعمل الجبائر كجريد النخل وخشب الأبلكاش والكرتون، والدهن والبلح لعمل اللبخات، والقطن والدمور لربط الكسور، والزيت العادي لتدليك الأجزاء المملوخة، ويستخدم لعمليات الكي سلك معدني وورق الخروع فوق المناطق التي تم كيها وذلك لتخليصها من الإفرازات التي تخرج منها.

وتعكس هاتان الحالتان بعض الملاحظات منها: أن الحالة الأولى آثرت التوجه مباشرة إلى المعالج دون محاولة التوجه إلى الفشن للعلاج بالمستشفى العام، أما الحالة الثانية فقد حاولت وذهبت بالفعل إلى المستشفى ولكنها عادت منها دون علاج بسبب بعض الإجراءات التي يتطلبها العلاج في مؤسسات النسق الرسمي للعلاج، والتي لم يألفها القرويون، وعلى الرغم من أن الحالتين من قريتين المسافة بينهما عشرة كيلومترات، إلا أن موقفهما تجاه النسق الطبي الرسمي يكاد يكون متشابهاً، وهو الريبة

والتشكك في مقدرة هذا النسق على مواجهة حالات متاعب كسور العظام، وينطوي هذا الموقف على خبرات ومواقف قد يكون هؤلاء الأفراد عاشوها أو مر بها آخرون، وترددت وانتشرت بين أهل القرية عن موقف النسق الطبي الرسمي تجاه حالة من الحالات. إذ يكفي مثل هذا الأمر أن يذهب شخص مصاب إلى الفشن ولا تستكمل إجراءات علاجه بالمستشفى، ويتوجه ومعه المصاحبون له إلى المعالج، فهذه الحالة تكفي لإحجام باقي أفراد القرية عن الذهاب إلى المستشفى، أو على الأقل عليهم أن يراجعوا أنفسهم كثيراً قبل هذه الخطوة، كما أن حالة واحدة يتلقاها المعالج ويتم شفاؤها على يديه كفيلة بفتح قنوات الاتصال على مصرعيها بين أهل القرية وبينه.

كما يحمل المترددون على المعالج الكثير من المعاني والروايات حول أفراد يعرفونهم قد توجهوا إلى النسق الطبي الرسمي ووضعت كسورهم في الجبس لأكثر من عشرين يوماً، وبعد فك الجبس اكتشف عدم سلامة الجزء المصاب لخطأ في إعادته لمكانه الصحيح عند التجبيس، ودعا هذا الأمر إلى كسر الجزء المصاب مرة ثانية وإعادة الكرة والمعاناة من جديد.

وهذه المعاني أياً كانت درجة اقترابها أو بعدها من الحقيقة إلا أنها في النهاية تشكل فهماً شائعاً لدى الكثير من أفراد المجتمع القروي حول أداء مؤسسات العلاج الرسمي، هذا الفهم يسهم بدوره في تشكيل سلوك الأفراد نحو طلب العلاج، ويصبح أحد العوامل المؤثرة أو المتحكمة في اتجاهات المرضى.

وإذا كانت هذه المواقف وغيرها قد استقرت في أذهان بعض أفراد المجتمع نحو هذه المؤسسات، فعلى العكس من ذلك فقد شكلت خبرات حسنة لدى الكثير من الأفراد حول المعالج الشعبي وأدائه ومقدرته على العلاج وغير ذلك من المواقف والمعاني التي خلعها عليه أفراد المجتمع لذلك. ويضاف إلى هذه العوامل عوامل أخرى كطبيعة العلاقة بين المعالج والمترددين عليه، وقرب المسافة النفسية والاجتماعية واستعداده لمواجهة أي حالة وفي أي وقت، دون إجراءات كتلك التي يلتزم بها النسق الرسمي للعلاج، كما أن علاج حالات الكسور في المستشفى قد تحتاج إلى بعض الوقت مما يضطر معه إلى حجز المريض بالمستشفى لبضعة أيام، لحين إجراء الفحص وتحديد نوع العلاج. وهو أمر في ذاته يعد كارثة للمريض وأهله الذين يقيمون في

مكان يبعد عن مقر المستشفى، ويحتاج الاطمئنان عليه إلى مشقة في الوصول إليه، في موعد يتلاءم مع نظام المستشفى، بينما لا نجد مثل هذه الأمور لدى المعالج الشعبي، علاوة على ثقة المترددين عليه فيما يقوله ويفعله، دون أجر محدد أو مقابل بل يترك للمترددين تقدير هذه الجهود. من كل ذلك تتضح عوامل إقبال الأفراد على المعالج الشعبي.

وتجدر الإشارة إلى أننا هنا لا نعني بذلك أن يتحول النسق الرسمي الرسمي للعلاج إلى نسق شعبي، بل ما نود الإشارة إليه هو أن هناك بعض الأبعاد المفقودة في العلاقة بين معظم مؤسسات العلاج الرسمي وبين المجتمع التي تقوم على خدمته، وهذه الأبعاد لا يتحملها أفراد النسق الطبي وحدهم، بل يقع عبء جزء كبير منها على جهود التنمية بشكل عام في الريف، والصحية بوجه خاص، لإزالة معوقات الاتصال بينهما.

كيف يتقاضى أجره

يذكر الجبراتي أنه في المراحل الأولى التي بدأ يمارس فيها عمليات العلاج- والتي أعقبت التكليف- استمر قرابة خمس سنوات يؤدي هذا الدور بدون مقابل مادي، مما أدى إلى ارتفاع معدلات الإقبال عليه بشكل واضح، واستنفذ وقته وجهده، ولا يعني ذلك عدم حصوله على شيء مطلقاً، بل كانت الحالات التي يتحقق لها الشفاء تحضر له بعض الهدايا.

إلا أنه قرر بعد مضي الخمس سنوات الأولى من ممارسته لهذا الدور أن يتقاضى أجراً لتقليل حجم التردد عليه، إذ يفد عليه الناس من القرى المجاورة، من مناطق الجبل ومن العدوة وشنرا ودلهانس والجفادون والعطف وتلت ومازورة، ومع ذلك فلم يحدث كما يقول أن حدد مبلغاً من المال لمصاب تردد عليه، بل يتركه ومن معه يحدد قيمة الجهد المبذول، ويسميها الجبراتي عطايا ولا يسميها أجراً، وتبدأ من جنيه واحد وتصل إلى خمسة جنيهات.

علاقة الجبراتي بالنسق الرسمي للخدمة الصحية

يرى الجبراتي أن أطباء الريف ليس لديهم معرفة بحالات الكسور والعظام، ولذا فهم غالباً ما يحولونها إلى المستشفيات بالمراكز حيث يكون الإهمال الشديد للمريض وتركه عدة أيام، ثم يكون العلاج الذي كثيراً ما يلتئم معه الكسر في غير موضع العظام الصحيح. والناس هنا تعرف هذه الحقيقة، ويتوقعون من علاج المستشفى أنه غير سليم سيعاد معه كسر العظام ثم إعادة تجبيسها لدى الجبراتى، بعد محاولات وسفر وضياع للجهد والمال والوقت، ولذا فهم يختصرون الطريق ويحضرون إلى عزبة بشرى مباشرة.

ملاحظات على الحالة السابقة

هذا المعالج رغم أن تخصصه هو علاج الكسور والرضوض وهي جميعاً عمليات تحتاج إلى خبرة وتجربة، إلا أنه يضفي على عمله بعض معاني القوة من خلال ما أشاعه استلهامه للعلاج والتشخيص من قوى العالم الآخر، فإطلاق مثل هذه المعاني في النطاق الثقافي من شأنه أن يزيد الإقبال عليه والاعتقاد فيه وفي مقدرته على العلاج. ومن الملاحظ أن الإقبال عليه متزايد بسبب ما أشاعه عن نفسه وما روجه الناس عنه من جانب، ومن جانب آخر بسبب عدم وجود متخصصين في العظام بالوحدة الصحية الريفية، والمتخصصون على مسافة كبيرة بالفشن حيث ارتبط الناس بخبرات سيئة حول هذه المستشفيات العامة ومعاملة العاملين بها، ومن ناحية ثالثة السهولة التي يتقاضى بها الأجر وقربه المكاني من القرى التي يحضر منها المترددون وقربه النفسي من القرويين.

كما أن هذه الحالة الممثلة في الجبراتي وأسلوب إعداده تبدو شاذة وتختلف عن الكثير من حالات مثله، فلدى امبيراتو في دراسة البمبارا وجد أن معظم المعالجين يدخل في عملهم بعض المعاني السحرية وفي إعدادهم كذلك، فيما عدا معالج كسور العظام الذي وجده قد تعلم هذا الفن بالتدريب أو الوراثة من الأب، وكذلك دراسة حسن الخولي حول الفروق الريفية الحضرية التي أكدت أن هذه المهنة تختص بها عائلة واحدة إخوة وأبناء وآباء يقومون بهذا العمل فيما بينهم، ولم تبرز الدراسة هذه المعاني حول دور هؤلاء المعالجين للكسور.

(ب) الداية والأدوار التي تؤديها بمجتمع الدراسة:

تلعب الداية دوراً أساسياً في مجال رعاية الحوامل وتوليد النساء، وتتجاوز هذا الدور فتقدم المشورة في كثير من الأمور المرضية التي تصيب الأم ووليدها في الأيام الأولى عقب الولادة مباشرة. وتجسد الداية في مجتمع الدراسة أو بالأحرى تعكس مكونات الثقافة حول بعض القضايا الهامة والتي منها وأهمها وفيات الأطفال الرضع، وعقم السيدات أو تأخر حالات الحمل. فكثيراً ما تستخدم الداية أداة حادة ملوثة في قطع الحبل السري للمولود، ومن ثم يحدث التلوث والوفاة السريعة للأطفال. عندئذ تقدم من التفسيرات ما يضمن بقاءها واستمرار دورها، أو تقنع أفراد المجتمع أن سبب الوفاة هي القرينة، وبذلك فهي لا تعفي نفسها من تلك المسئولية فحسب، بل تفسح المجال لاستمرار الحوار بين الأمهات بمجتمع الدراسة وبينها وبين بعض المعالجين الشعبيين، وذلك لكي يتسنى للأم التي مات طفلها أن تحصل منها أو من المعالج على بعض الأشياء التي تقيها ومولودها القادم من شر هذه القرينة. وتكتمل الدائرة بإجراء تلك الطقوس لدى معالج شعبي، ويتجلى في هذا الصدد مفهوم الثقافة حول مرض الأطفال ووفياتهم السريعة والمتكررة، وكيفية مواجهة هذا الخطب الجلل خارج نطاق الطب الرسمي ومؤسساته التي لا تعلم للقرين طريقاً تصل إليه بعقاقيرها الطبية. والأمر الآخر الذي تعكس فيه الداية معاني الثقافة هو العقم وطرحها للأسباب التي تؤدي إليه والتي تأتي في مقدمتها المشاهرة ذلك السبب الذي يتسع ليتضمن العديد من الأسباب جزء منها مدرك، والآخر ليس له مكونات أو معالم واضحة، وهي أمور تزكيها الثقافة لكي تعطي فسحة من الوقت للزوجة التي تأخر حملها أو أنجبت طفلاً واحداً ثم توقف إنجابها إذ أنها عوامل تؤثر على مكانة الزوجة في مجتمع الدراسة بشكل واضح.

وتبدو مثل هذا الأسباب التي تطرحها الثقافة وتزوجها الداية من قبيل إتاحة الفرصة للزوجة لكي يتحقق الحمل وتستمر الحياة بلا مشاكل.

ويمكن إيجاز الأدوار التي تلعبها الداية في مجتمع الدراسة فيما يلي: 1- كشف حالات الحمل المبكر، 2- القيام بمهمة توليد السيدات ورعايتهن بعد الولادة، 3-

طقوس الخلاص والسبوع، 4- بعض أدوار اجتماعية أخرى. وسنتناول كلاً منها بالتفصيل حسب ما أظهرته الدراسة الميدانية.

كشف حالات الحمل المبكر

تلجأ الكثير من الزوجات في هذا الصدد إلى الداية، وبشكل خاص تلك الحالات حديثة الزواج، حيث يكون الحمل بالنسبة لها هو الأول، عندئذ تلجأ إلى الداية لاستشارتها والتأكد من الحمل والاطمئنان على نفسها، وتقدم لها الداية حينئذ بعض النصائح حتى يكتب لهذا الحمل الأول الاستمرار، ومن هذه النصائح ألا تحمل أشياء ثقيلة فوق رأسها في شهور الحمل الأولى، ولا تقفز فوق سلالم حتى لا تتعرض للخطر.

الولادة

على الرغم من انتشار مؤسسات العلاج الرسمي ممثلة في الوحدات الصحية بالريف المصري، أو وجود الطبيب والممرضات ومساعدات المولدات والمولدات، إلا أن الداية مازالت تضطلع بعمليات التوليد في حضور النسق الطبي الرسمي وأفراده. وقد أكدت تلك المعاني العديد من الدراسات(*) التي تناولت دور الداية في المجتمع الريفي، وأرجعت بعض هذه الدراسات عوامل استئثار الداية بهذا الدور إلى اقترابها من نفوس القرويات ورعايتها لهن بعد الولادة، وتواجدها المستمر، وقيامها بالعديد من الأدوار التي تتجاوز نطاق الولادة. ولم يختلف الأمر كثيراً في مجتمع الدراسة الذي نحن بصدده، فالقرويات يفضلن الداية في المستويات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية المختلفة، مادامت حالة الولادة تتم بشكل طبيعي، وتقول الزوجات حول هذا الموضوع وعن أسباب عدم التردد على الوحدة الصحية لمتابعة الحمل والولادة بدلاً من الداية: "الوحدة الصحية ليه مادام حالة الولادة طبيعية، الولادة دي حاجة صعب في البندر بس لكن عندنا هنا الستات بتولد لوحدها وساعات بتولد بعضها وساعات تلحقها الداية"، "ولو بلغنا الوحدة الصحية ممكن تيجي الممرضة ومعها تمرجية

(*) مثل دراسة ليلى الحمامصي ودراسة الخدمات الأصيلة، ودراسة نوال المسيري ودراسة حسن الخ ولي.

والاتنين مايعرفوش حاجة بس تبقى الممرضة قرفانة وزهقانة ومش فاضية تستنى لما ييجي ميعاد الطلق".

ويرى الكثير من أفراد المجتمع عن مهمة الداية أنها تحضر عدة مرات بنفس راضية وتقوم بفحص السيدة التي في حالة الحمل وتحدد بالتقريب ميعاد الولادة وتطئنها. وأحياناً تظل بجوارها إذا كانت لحظات الوضع قد اقتربت، وهي أمور قد تحدث على مضض من أفراد النسق الطبي، لاعتبارات كثيرة منها ارتباط أفراده بظروف ووقت عمل، وبُعد المسافة بين الوحدة الصحية ومكان التوابع التي بها السيدات، بالإضافة إلى غير ذلك من العوامل، منها أن انتظار المولدة لفترة طويلة من الوقت قد يشكل عبئاً على الأسرة والممرضة أو المولدة.

وعندما يحين ميعاد الولادة تقوم الداية بتوليد السيدة وقطع الحبل السري للطفل وربطه، وتستخدم في هذا الأمر "موس حلاقة"، وقد تحتفظ به لكي يستخدم في المرات القادمة، وتربط مكان القطع بفتلة خيط وتضع فوق السر تراباً من الفرن لتجفف الجرح، وقليلاً من الزيت حتى لا تلتهب. بعد ذلك يوضع الطفل في غربال ويوضع بجواره سكين ومصحف بالقرى التي في المناطق غير الجبلية، وبندقية في المنطقة الجبلية، وهي جميعاً معان تتوسم في الطفل القوة، أما المصحف فهو لحفظ المولود من إيذاء القرينة وغيرها من أفراد العالم الآخر، حيث يسود اعتقاد لدى هذه المنطقة أن الأيام الأولى للولادة يزدحم المكان بالملائكة والقرناء الذين قد يسببون إيذاء الطفل إذا لم تراع هذه الطقوس، ولذلك فلا يجب أن يترك الطفل قبل السبوع بمفرده إلى أن يتم صلح بينه وبين هذه المخلوقات من خلال الإجراءات المتبعة في هذا الشأن.

أما الخلاص فيلقى به في ماء جاري وتقوم بهذه المهمة واحدة من قريبات المولود، وعليها أن تضحك وهي تؤدي هذه المهمة، لأن ذلك يؤثر على الطفل مستقبلاً، إذ يعتقد بعض الأفراد أنه إذا لم يحدث مثل هذا السلوك يشب الطفل مكتئباً دائم الحزن عابس الوجه. وفي اليوم الثالث تحضر الداية للاطمئنان على الأم وتقوم

بتكحيل المولود بعد مس عينه بماء البصل المذاب[1] فيه قليل من الملح لكي تتسع حدقة العين.

طقوس السبوع

وتؤديها الداية بمهارة فائقة وباقتدار، وهو أمر هام بالنسبة لها حيث تجمع الهدايا من النقود والحبوب التي يقدمها المهنئون من الجيران والأقارب والأصدقاء، وفي نفس الوقت يشعر أهل المولود بأهمية وجودها لإجراء مجموعة من طقوس المصالحة والحماية للطفل. وتتضمن تلك الطقوس السبع حبات والشموع والقلة أو الإبريق الذي يخصص لهذه المناسبة، وتوضع هذه الأشياء في صينية وتملأ القلة أو الإبريق بالماء ويوضع في أعلاها بيضة، وتوضع هذه الأشياء بعد إضاءة الشموع ليلة كاملة بجوار الطفل. ويشرب الأهل المقيمون مع الطفل من القلة أو الإبريق لاعتقادهم أن هذا الماء قد شربت منه الملائكة، والاشتراك في الشرب من شأنه أن لا توقع بالطفل الأذى. ويصنع من الحبوب عقد يعلق تحت ملابس الطفل، والبيضة يأكلها رجل مسن حتى يطول عمر الطفل المولود، وما تبقى من ماء الإبريق أو القلة يدلك به جسم الطفل وتسقى بجزء منه شجرة نخيل صغيرة حتى يقترن نموها بنمو الطفل. وتقوم الداية برش الملح في أرجاء البيت مؤدية بعض الكلمات منها: "يا ملح بيتنا زود ولادنا واحفظ أزواجنا.. الأولا بسم الله.. والتانية بسم الله.. والتالتة بسم الله.. والرابعة ماشاء الله.. رقيتك من عينك وعينه وعين امك وستك وابوك واللي نظرلك واللي حينظروك واللي شافوك واللي حيشوفوك.. امشي هنا واجري هنا.. وامشي هنا واجري هنا". وتردد هذه الكلمات وهي تتحرك في جميع الأركان التي تتوقع أن يتحرك فيها الطفل مستقبلاً.

بعض الأدوار الأخرى للداية

تقوم الداية ببعض الأدوار الأخرى خارج نطاق رعاية الحمل والولادة ومنها فض غشاء البكارة للعروس ليلة الزفاف وختان البنات.

---

(1) استخدام البصل لإجلاء البصر ممارسة مصرية قديمة عرفها المصريون القدماء واستخدموها لهذا الغرض. لمزيد من التفاصيل في هذا الشأن انظر: أحمد كمال، بغية الطالبين، مرجع سابق، ص280.

علاقة الداية بالوحدة الصحية

تلعب الداية هذه الأدوار بعيداً عن أنظار الوحدة الصحية، وعلى الرغم من علم أفراد النسق الطبي الرسمي بهذه المهام، إلا أنهم لا يحاولون التعرض لها، وذلك لما يمكن أن تحدثه من خلل في العلاقة بين أفراد المجتمع وأفراد النسق الطبي، ولإحساس أفراد النسق بارتباط المجتمع بها وبشعبيتها في مجال الولادة، ولذا فنجد علاقتها بالوحدة الصحية علاقة محدودة، ولا تبدو إلا في حالات تعثر الولادة فتوصى أحد الأفراد من أهل السيدة التي في حالة الوضع أن تتصل بالطبيب، وتختفي عند حضور الطبيب من الموقف، لحين انفراج الأزمة.

كيف تتقاضى الداية أجرها

يختلف هذا الأجر حسب نوع المولود وترتيبه والمستوى الاقتصادي للأسرة، فالذكر هبته تفوق هبة الأنثى، وفي جميع الحالات تبدأ العطايا من جنيه إلى ثلاث جنيها، مضافاً إليها ما تحصل عليه من نُقوطٍ يوم السبوع حيث توزع أسرة المولود الحلويات في الأطباق، وتعود هذه الأطباق وبها بعض الهدايا من الحبوب وقطع النقود التي تكون جميعاً من نصيب الداية.

بعض المعاني حول استمرار دور الداية بمجتمع الدراسة

اقترن دور الداية في أذهان القرويات، في بعض المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، بمقدرتها على أداء العديد من الطقوس، ومهارتها في التوليد، وإلمامها بإجراءات حماية الأم ووليدها في الأيام الأولى. وبدت هذه الطقوس ذات أهمية بالغة في اعتقاد الأمهات، وأصبح إهمالها منذراً للأم والمولود بسوء قد يصيبها، ومن ثم يكون القلق والخوف لهما وللمحيطين بهما، مما قد يحدث إذا لم تتم تلك الطقوس. وبدت هذه المعاني جزءاً من مكونات الإطار الثقافي الذي يشكل سلوك الأمهات في هذا الموقف، تدركه الداية جيداً وتحفظ طقوسه عن ظهر قلب، ومن ثم حظت بتفضيلهن لها على أفراد النسق الطبي الرسمي.

وعلى الرغم من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تحدث في المجتمع بشكل عام، فإن درجة التأثير في هذا الجانب من عناصر التراث تبدو محدودة للغاية، فقد

حدث في بعض أجزاء منها فقط كطقوس التخلص من خلاص الوليد وبشكل خاص في المناطق الحضرية، أما بشأن طقوس السبوع وعقد المصالحة فتكاد تعرفها المستويات الاجتماعية المختلفة، بل وتؤديها بدقة بالغة حرصاً على سلامة المولود والأم في الريف، مع الاختلاف في شكل الممارسات، والاحتفاظ بمضمونها. وكثيراً ما يحدث أن يغفل أفراد النسق الطبي الرسمي هذه المعنى في أدائهم اليومي، وقد دفع هذا الأمر الكثير من السيدات، وبشكل خاص في الريف إلى الاستعانة بالداية، لتؤدي مهمة توليدها، وإذا تعذر وجودها فيمكن أن تتم هذه العملية في حضور إحدى السيدات من ذوي الخبرة في هذا الشأن.

وقد أكدت هذه المعاني العديد من الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، ومنها دراسة ليلى الحمامصي، والخدمات الأصيلة ببعض قرى محافظة المنيا، وغير ذلك من الدراسات كدراسة مركز التنمية الصحية الحضرية حول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمترددين على مؤسسات العلاج(*) في جزء من القاهرة وحلوان، إذ لوحظ في إحدى المراكز الطبية انصراف الأمهات عن مركز رعاية الأمومة والطفولة، وتفضيلهن للداية عند الولادة. ومن خلال المقابلات التي تمت مع الأسر المحيطة بالمركز، قصت الأمهات بعض الحكايات حول أداء العاملات بالمركز: "منها أن إحدى السيدات كانت ترافق جارتها عندما جاءها المخاض، وذهبا إلى المركز الطبي، وبعد أن قامت المولدة بتوليد السيدة، أمسكت بأرجل الطفل، وعلقته في الهواء، وجعلت راسه إلى أسفل ثم أخذت تربت على ظهره، إلى أن صرخ الطفل عندما أفاق".

وعلى الرغم من أن هذا السلوك من جانب المولدة يعد سلوكاً صحيحاً لتنبيه المولود القادم لتوه إلى الحياة، إلا أن الأم ومرافقتها لم يستوعبا هذا السلوك، وأصيبا بالفزع، وتصورا أنها تقسو على المولود في معاملته، وأمام سوء الفهم هذا، أشيع بين سكان المنطقة بعض الحكايات ذات المضامين المختلفة حول أداء المولدت في النسق الرسمي، وتعليقهن المواليد من أرجلهن في الهواء، كما أبدت أمهات أخريات أن

(*) هي دراسة غير منشورة قام بها مركز التنمية الصحية الحضرية التابع لوزارة الصحة بمصر، وتمت في جزء من القاهرة وحلوان، وأشرف عليها الأستاذ الدكتور أشرف حسونة المستشار بمعهد التخطيط القومي.

مولدات المركز الطبي لا يتصرفن بطريقة صحيحة في الخلاص، كما لا يعرن اهتماماً لطقوس حماية الأم والمولود، فالمركز الطبي متاح للتردد واستقبال الأفراد، عندئذ قد يتصادف دخول إحدى السيدات أو أحد الرجال على السيدة التي وضعت مولودها، وهذا السلوك قد يعرض الأم للمشاهرة التي تعتقد الكثير من الأمهات في مسئوليتها عن تأخر الحمل، وجفاف لبن الأم، وفي هذا الصدد تبدو أهمية فهم أفراد النسق الطبي لثقافة المجتمع، وإقرارهم لها ومراعاتها في أدائهم اليومي.

وبالإضافة إلى ما سلف فهناك اعتبارات أخرى تجعل من الداية محوراً للتفضيل لدى سكان الريف بشكل خاص، منها أن الولادة إذا ما حدثت من خلال أفراد النسق الطبي، فإن ذلك يعني سوء الطالع، وحضور الطبيب أو أحد أفراد النسق الطبي الرسمي، يعني حدوث خطر في بيت السيدة التي تنتظر المولود وهو أمر قد يشيع الفزع بالقرية.

- وعلاوة على ذلك فهناك معان أخرى تبدو غير معلنة، ولكن تعمقها المضامين الثقافية في الكثير من النطاقات الجغرافية في الريف المصري، أن عملية الولادة بالنسبة للمرأة تعد عملية بيولوجية سهلة، كما أنها جزء أساسي من دورها ولا تحتاج إلى مشقة كبيرة أو إلى مساعدة طبية، وإذا حدثت الولادة من إحدى السيدات بغير هذا التوقع، فإن ذلك ينقص من رصيدها الاجتماعي، ولكل هذه العوامل، وغيرها ظلت الداية تلعب دورها في وجود النسق الطبي الرسمي، مستقطبة روادها من مؤسساته.

(ج) معالج العقم والمشاهرة وحالات وفيات الأطفال:

وهو من أكثر المعالجين شهرة في مجتمع الدراسة ويبلغ من العمر حوالي ثلاثة عاماً، ومتزوج بزوجتين وله طفلان ويعمل مزارعاً بجوار أدائه لدور العلاج الشعبي، ويحمل اسمين، أحدهما مسجل في شهادة الميلاد، والثاني يحمل اسم الخادم الذي يسخره لخدمة أغراضه العلاجية كما يقول أفراد المجتمع من المترددين عليه.

كيف تعلم هذا الدور

يسود اعتقاد لدى بعض أفراد المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة حول كيفية اكتساب هذا المعالج لقدراته العلاجية، والتي تتلخص في ميراثه لهذه المقدرة من خاله

الذي كان يقيم معه ولعب هذه الأدوار العلاجية لمدة تصل إلى 25 سنة، وعرف عنه أفراد المجتمع المحلي المحيطون به أنه كان معالجاً ماهراً.

وبعد وفاة المعالج الخال ظلت القوى التي كان يسخرها هائمة تبحث عن بديل لتقمصه، فجاءت لزوجته في منامها وطلبت منها أن تؤدي دور المعالج، إلا أن الزوجة شعرت بثقل هذا العبء التي لم تتهيأ له، ومن ثم رفضت هذا التكليف.

وفي هذه الظروف كان المعالج الحالي يعاني من متاعب مرضية اقترب فيها من الوفاة، بعد أن تعذر شفاؤه وفشلت جميع الجهود التي بذلت لإنقاذه من المرض. وفي صباح أحد الأيام وبشكل مفاجئ وجد أفراد المجتمع بالقرية أن هذا المريض الذي كان قد أوشك على الموت، قد شفي تماماً وأصبح في كامل صحته. وعندما ناداه المحيطون به باسمه الذي عرف به منذ ميلاده لم يستجب للنداء، وبسؤالهم عن سبب ذلك، قال لهم إنني لا أعرف هذا الاسم إن اسمي هو كذا وذكر لهم اسماً آخر وهو المعروف به بين سكان المنطقة[1].

الأدوار التي يؤديها المعالج

يقوم المعالج بعلاج الكثير من الحالات التي تلجأ إليه، وإن كان هذا المعالج قد

(1) وفى هذا الصدد تتناظر العديد من الثقافات في نسج الروايات حول المعالجين الشعبيين، بشكل تضعه في منزلة أرقى من الإنسان العادي، بل تجعله في مصاف القديسين. ويتسق ذلك مع ما أورده فوستر حول اختيار أو اصطفاء المعالجين في بعض النطاقات الثقافية والعلامات التي تبدو على هؤلاء الأشخاص سواء قبل ميلادهم- أي وهم في أرحام أمهاتهم- أو بعد الولادة مباشرة، أو قبل الاصطفاء للقيام بهذا الدور. ولهذه الظاهرة التي لوحظت حول ما يدور لاختيار هذا المعالج في مجتمع الدراسة، تقارب مع ما يحدث في بعض الثقافات الأخرى كالأسبانية وبعض الثقافات في أمريكا اللاتينية وجواتيمالا، وهنود كاليفورنيا، وقد تعرضنا لها بالتفصيل في الجزء الخاص بإعداد المعالج واصطفائه في الثقافات المختلفة. كما تقترب هذه المضامين مع ما أورده حسن الخ ولى في دراسته للفروق الريفية الحضرية حول الطب الشعبي والأولياء وما يحيطهم من طقوس وأفكار وممارسات بشكل يكاد يكون وجوده في جميع المجتمعات الإنسانية، ويذكر أن التراث الديني الشعبي حافل بالتنويعات العديدة من الأفكار والتصورات والمعتقدات الشعبية والطقوس والممارسات التي تعكس نظرة الإنسان للعالم وترسم إطاراً لعلاقاته ببعض الكائنات المقدسة التي تتعدد وتتنوع في طبيعتها لتشمل الإنسان والحيوان. انظر: حسن الخ ولى، الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث، مرجع سابق، ص136.

ذاع صيته في علاج حالات تأخر الحمل، والمشاهرة التي تحدث للسيدات، ووفيات الأطفال، وذلك من خلال مجموعة من الأسباب التي تطرحها الثقافة حول هذه الأمراض والتي تعكس أسلوب المواجهة من المعالج ومعنى التكامل بين عناصر الثقافة في مجال العلاج، فمن خلال تفسير أسباب المرض يكون أسلوب العلاج.

فمن هذه الأسباب التي تطرحها الثقافة للعقم أو تأخر الحمل ما يعرف بالمشاهرة والتي يسببها الإنسان والحيوان، كما يتسع نطاق المعتقد فيستوعب هذا التنوع في اختلافاتها. وفيما يلي سبب المشاهرة كما تطرحها الثقافة المحلية:

سبب المشاهرة كما تطرحها الثقافة المحلية بالقرية	الطقوس التي يقدمها المعالج لفك المشاهرة
- دخول سيدة حديثة السقط على سيدة حديثة الزواج. - زيارة تقوم بها سيدة مات مولودها حديثاً أو حدث لها إجهاض حديث لسيدة حديثة الوضع أو عروس حديثة الزواج.	في هاتين الحالتين يؤخذ بعض من بول المرأة التي يعتقد أنها قد تسببت في المشاهرة ويتم عمل عروس من الطين بهذا البول وتخطيها المتشاهرة سبع مرات.
- مرور عروس حديثة الزواج أو امرأة حديثة الوضع على قطة أو كلبة حديثة الوضع ويموت صغارها.	لفك هذا النوع من المشاهرة التي تسببها الحيوانات كالقطط والكلاب يؤخذ مولود حديث منها ويذبح ويغمس في دمه قطعة من الصوف يصنع منها عقاد في حجاب تعلقه السيدة.
- دخول بنت لم تتزوج وهي حائض على امرأة حديثة الوضع.	يستخدم لعلاجها نفس الأشياء التي تم استخدامها في السببين الأول والثاني.
- دخول شخص معه باذنجان أو زعف نخيل أخضر أو معه قطعة من الطين.	بالنسبة لفك هذا النوع من المشاهرة توضع هذه الأشياء التي سببت المشاهرة في ماء ويتم الاستحمام بها.
- مشاهرة بسبب زيارة إحدى السيدات اللاتي فطمن أطفالهن حديثاً وهذا النوع من المشاهرة	ولفك هذه المشاهرة تقوم المرأة بخربشة السيدة التي زارتها وأخذ بعض قطرات من دمها ولعق هذه

(1) تكاد تتشابه هذه الأسباب وهذه الممارسات للمشاهرة كسبب للعقم مع ما جاءت في دراسة ليلى الحمامصي، على الرغم من أن دراسة ليلى الحمامصي تمت في محافظة المنوفية، كما نجد أوجها

سبب المشاهرة كما تطرحها الثقافة المحلية بالقرية	الطقوس التي يقدمها المعالج لفك المشاهرة
تسبب جفاف لبن الرضاعة.	القطرات[1].

ومن الأسباب التي يقدمها المعالج والتي تؤخر الحمل يكون مردها الزوج الذي أصيب "بزغفة" أو خضة وفي هذه الحالة يحتاج الزوج إلى عمل "طاسة الطربة". وهي وعاء من الفخار منقوش من الداخل وتتم طقوس هذه الممارسة بأن توضع الطاسة في مكان مكشوف ويوضع بها ثلاثة بلحات من التمر الجاف وبها قليل من الماء وتترك في المكان الخالي لكي تسقط عليها قطرات الندى في الصباح، عندئذ تؤخذ هذه الطاسة ويرش بالماء الموجود بها وجه المصاب أثناء نومه عندئذ سيستيقظ في فزع وتزول عنه الزغفة التي سببت تأخر الحمل لدى زوجته وتكتمل الطقوس بأن يأكل هذه الثمرات الموجودة بالطاسة.

علاج حالات الوفيات المتكررة للأطفال

في هذا الأمر تتبع نفس الأساليب السالف وصفها في حالة المعالجين السابقين والتي تعكس أسباباً متنوعة حول درو القرين في إيذاء الأطفال ومن ثم تحدث الوفاة، ولذا فمعظم الطقوس في هذه الحالة تنصب على وقاية الأم وطفلها منذ لحظات الحمل من هذا الإيذاء.

كيف يتقاضى المعالج أجره

هذا المعالج لا يحدد أجراً نظير الخدمات العلاجية ويترك للمترددين تحديد قيمة أتعابهم وهي لا تقتصر على النقود فقط؛ بل تأخذ أشكالاً أخرى كالهدايا التي تقدم من المترددين عندما يتحقق الشفاء، ويبدأ الأجر من 25 قرشاً ويرتفع إلى جنيه في بعض الحالات.

بعض نماذج من حالات التردد على المعالجين

حالة رقم (1):

للاتفاق أيضاً في بعض الممارسات حول تلك المشاهرة في دراسة حسن الخ ولى بمحافظتي الفيوم والدقهلية وهى مناطق جغرافية متباينة داخل الثقافة المصرية.

زوجة أنجبت بعد زواجها الذي تم في الرابعة عشرة من عمرها وكانت المولودة بنتاً، وحدث أن توفت بعد شهور قليلة من ميلادها، ثم أصيبت الزوجة بالعقم لمدة ست سنوات، طلقت بسببه من زوجها، ثم تزوجت مرة ثانية وحملت ولكن أجهض حملها وظلت بعد ذلك دون حمل فترة تصل إلى سنتين.

توجهت الزوجة خلالهما إلى الفشن وبني سويف حيث أطباء أمراض النساء، ولكن ارتفاع تكاليف العلاج وطول مدته وعدم الحصول على نتيجة سريعة، أحجم الزوجة عن التردد على الأطباء، وخاصة أن المستوى الاقتصادي لهذه الأسرة من المستويات الدنيا بالقرية، حيث لا تمتلك الأسرة أرضاً أو عقاراً، ولكن يعتمد على عمل الزوج لدى الغير بأجر. وفي تلك الآونة كان أهل الزوج والزوجة يلحون بالسؤال عن أسباب عدم الإنجاب أو تأخره، وعما فعلته الزوجة حيال هذا الموقف، وعندما أجابت بأنها ذهبت إلى الطبيب بالفشن وبني سويف لكن لم يأت العلاج بنتيجة سريعة، أشاروا إليها بالذهاب إلى المعالج، وتوجهت بالفعل إليه، وقام بعمل مجموعة من الطقوس وطمأنها بأنها سليمة.

ولاشك أن الشيخ قد استخدم ذكاءه وحدسه مع هذه الحالة التي تكرر حملها واستشف أن السبب قد يكون من الزوج وهو أمر لا تورده الثقافة في القرية بتاتاً، فإذا حدث عقم فإن الزوجة تكون المسئولة أولاً وأخيراً، وبالفعل طلب إليها أن تحضر ومعها زوجها، إلا أن الزوج رفض، فطلب منها إحضار أي شيء يستخدمه، وبالفعل أحضرت له غطاء رأسه، وجاء التشخيص أن الزوج مزغوف ويحتاج إلى عمل عقاد له[1] وكذلك طاسة الخضة لكي يبرأ من تأثير الفزعة أو الصدمة التي سكنت داخله. وتطلبت هذه الإجراءات ضرورة حضور الزوج الذي رضخ أمام إلحاح الزوجة ورغبته في الإنجاب، وذهب إلى الشيخ، وأعد له المعالج عقادين واحد له والآخر لزوجته حيث علقه هو بملابسه من الداخل وهي في ضفيرة شعرها، وتحقق لها الحمل بعد ذلك.

---

(1) العقاد هو خيط يتوقف طوله حسب طول الشخص المتردد على المريض ويتم لفه بشكل دائري بعد تمريره بمجموعة من العمليات والطقوس، ويحمله الشخص المصاب بالزغفة، أو الخضة أو الطربة وهي جميعاً مسمى لشيء واحد يسبب العقم لدى الرجل في المعتقد الشعبي.

بعض الملاحظات على هذه الحالة

هذه الحالة تعكس الكثير من المعاني حول استخدام المعالجين لذكائهم في استقطاب المترددين عليهم وفي أدائهم لأدوارهم، فعلى الرغم من أن مدة تأخر حمل هذه الحالة ليست طويلة، وترددت فيها الزوجة على مؤسسات الطب الرسمي وعيادات الأطباء، والتي قد يكون ثمرة الحمل الذي حدث بعد ذلك من خلال جهود هذه المؤسسات تجاه شفاء الحالة، إلا أن النجاح قد التقط خيطه المعالج ونسب إلى نفسه الشفاء، من خلال الدور الذي لعبه وتحقق فيه الاستقرار النفسي للمترددة وزوجها بعد أن وقفا على أسباب للعقم لا يقبلها المنطق أو العقل، وتخرج عن دائرة الطب الحديث، ولكنها تبدو مقبولة التفسير داخل إطار ثقافة هذا المجتمع، ومن ثم وجدت صدى في نفس المترددة، واطمأنت من خلال طقوس المعالج أنه قد قضى على أسباب المرض وأن الحمل أصبح وشيكاً مادامت لن تخل هي وزوجها بهذه الطقوس، وهو قدر من الاستقرار يسهم في حدوث الحمل لمثل هذه الحالات.

وكثراً ما تتردد هذه السيدة على المعالج وتصطحب الزوجات اللاتي تأخر حملهن مؤكدة قدراته العلاجية من خلال سرد هذه المواقف التي مرت بها.

الحالة رقم (2):

زوجة أنجبت توأم، وحول التوائم تدور الكثير من المعتقدات منها أنهما يتقمصان أجساد بعض الحيوانات التي توجد في البيئة، والضالة منها بشكل خاص كالقطط والكلاب، كما يعتقد بعض الأفراد أن التوائم تتسرب من فراشها في الليل لتذهب هنا وهناك، ولا وسيلة لحماية التوائم من قضية التقمص للحيوانات الضالة، والخروج خلسة في الليل، إلا أن تقوم الأم بإجراء بعض الممارسات والطقوس لدى أحد المعالجين، ويقال حينئذ أن المعالج قد "حوى" التوائم.

وقد حضرت الأم التي أنجبت التوأمين إلى المعالج تطلب منه أن يحضر إلى بيتها، ويقوم بفتح الكتاب لهما، حيث أن أحدهما في حالة تعب شديد، واستطردت أنها قد ذهبت إلى طبيب الوحدة الصحية وأعطاها العلاج بعد فحصه، إلا أن حالته ازدادت سوءاً وامتنع عن الرضاعة بسبب ما أصابه من تعب، فطلب إليها المعالج أن توقف

إعطاءه الدواء لأنه قد سبب له الانتفاخ. وأمام سوء الحالة الواضح قال لها إن ابنك لن تستمر حياته أكثر من يوم أو يومين، وبالفعل تحققت توقعاته ومات الطفل في اليوم الثاني مباشرة، وهرعت إلى المعالج تطلب منه أن يفتح الكتاب للطفل الثاني. وقام بهذه المهمة وشخص حالة الطفل الثاني بأنه مصاب بمغص بسبب رضاعته من لبن أمه وهي حزينة على الطفل الأول الذي توفي ومن ثم قد أرضعته حزناً أصابه بالتعب.

وتعكس هذه الحالة جزءاً من مشكلات النسق الطبي في بعض القرى حيث لا يلجأ إليه الأفراد إلا بعد أن تكون حالتهم المرضية قد ازدادت سوءاً، ومن ثم يصعب على الطبيب مواجهتها ويكون الشفاء البطيء، أو الموت وبشكل خاص في حالات الأطفال التي لا تحتمل الانتظار طويلاً، عندئذ يتهم أفراد المجتمع الطبيب والنسق الطبي الرسمي بالتقصير في مواجهة المرض.

ومن المشكلات الأخرى التي يواجهها النسق الطبي الرسمي في بعض مناطق الريف هؤلاء الأفراد الذين يلعبون أدواراً علاجية سواء من النسق الشعبي للعلاج، أو من داخل النسق الرسمي، ولكن يقومون بأدوار وأعمال الخدمة داخل النسق، فكثيراً ما يثق فيهم أفراد المجتمع من البسطاء، ويعرضون عليهم ما قرره الطبيب من دواء، ويقومون هم بدورهم بإجراء بعض التعديلات كحذف بعض الأدوية أو إضافة البعض الآخر[1]، وكثيراً ما يتجاوزن هذا الحد فلا يقتصر الأمر على إعادة صياغة أنواع العلاج وراء الطبيب بل يصل إلى إعادة صياغة مسببات الأمراض، وتقديم العديد من التفسيرات حول حدوث المرض.

---

(1) عند إجراء الدراسة الاستطلاعية تقابلت مع أحد أطباء الوحدات الصحية بإحدى القرى، وفى حديثه عن مشكلات الوحدة الصحية وأداء الطبيب في الريف أوضح أن القرية بها معالج يثق أفراد المجتمع فيه تماماً، وبعد أن يقرر الطبيب الدواء يعرضونه عليه فيقوم بحذف أحد الأدوية الأساسية ويوصي المريض باستخدام واحد فقط، وعندما تسوء حالة المريض ويعود لاستشارته، يقدم له الدواء الأول الذي لم يشتره المريض والذي حذفه المعالج من قبل والذي قد يكون أساسياً في العلاج، عندئذ قد يتناوله المريض وتتحسن حالته، وفى هذه الظروف يثق المريض في المعالج وينقطع الخيط بينه وبين الوحدة الصحية في الوقت الذي تستمر فيه العلاقة بينه وبين المعالج.

ففي هذه الحالة التي أمامنا بمجتمع الدراسة عزا المعالج الشعبي الانتفاخ الذي أصاب الطفل إلى علاج الطبيب، وطلب من الأم أن توقف هذا العلاج ولم تتردد الأم لحظة في الاستجابة لتعليمات المعالج. وعلى الرغم من وفاة الطفل في اليوم الثاني، فلم تلق الأم التبعة على تصرف المعالج ومشورته الخاطئة بوقف العلاج، وإنما ألقت التبعة على الوحدة الصحية والطبيب الذي أخطأ التشخيص ومن ثم العلاج، ويؤكد استمرار ارتباط الأم بالمعالج مشورته بالنسبة للطفل الثاني، وتقديمه من الأسباب ما أخذت بها الأم.

ثانياً: نتائج الدراسة الميدانية المتعمقة للأسر

وقد خصص هذا الجزء من الدراسة الميدانية لتناول الممارسات العلاجية الشعبة بشكل متعمق، وكذلك السلوك الشائع للأسر في بعض المواقف المرضية في سياق المؤثرات المختلفة كالمستوى الطبقي، حيث الغنى والفقر، والتعليم والقرب أو البعد عن مقر الوحدة الصحية باعتبارها النسق الرسمي للعلاج في مجتمع الدراسة، والسن والنوع.

واختير لذلك عشر أسر وعشرة أمراض وقد تعرضنا في الفصل الرابع من الدراسة للأسس التي تم على أساسها تحديد الأسر واختيارها لتكون ممثلة للأنماط الشائعة بالقرية، وكذلك لمبررات اختيار هذه الأمراض العشرة وإعداد دليل مقابلة متعمقة لدراسة هذه الأسر واتجاهاتها للعلاج نحو هذه الأمراض. والجدول التالي رقم (2) يوضح السلوك الشاع لدى أسرة الدراسة واتجاهات العلاج.

1. تأخر الحمل: يكاد يقترب سلوك الأسر التي تمت دراستها في هذا الموقف، فرغم تباين خصائصها الاجتماعية والاقتصادية، إلا أن موقف تأخر الحمل يبدو موقفاً مرضياً له صداه الاجتماعي، ولقد أظهرت الدراسة العديد من الممارسات التي تقترن بهذا الموقف المرضى المتشابك التأثير والذي لعبت الثقافة فيه دوراً بارزاً في صياغة مسبباته، والتي تخرج في معظمها عن نطاق تفسيرات الطب الحديث، لتستوعب هذه التأثيرات الاجتماعية، وأمام هذه المسببات لا يكون اللجوء في حالات تأخر الحمل إلى الطب الحديث، بل يتولى مواجهة هذه المتاعب في أغلب الأحيان المعالجون الشعبيون والذين تتسق تفسيراتهم لأسباب تأخر الحمل وما تطرحه الثقافة من أسباب.

ففي الأسرة رقم (1) ذات المستوى الاقتصادي والتعليمي المرتفع، تأخر الحمل للزوجة فيها لمدة ستة أشهر عقب الزواج مباشرة بسبب إجراء الزوج لعملية جراحية. ولم تلجأ الأسرة أمام هذا الموقف إلى طبيب متخصص في أمراض النساء، بل لجأت إلى المعالج الشعبي الذي شخص الحالة على أن الحمل قد تأخر بسبب "زغفة الزوج" أو "خضته"، وبعد القيام بطقوس تخليص الجسم من آثار الخضة مستخدماً "طاسة الخضة". قام بعمل "عقاد" للزوج والزوجة، وبعد شهرين من هذه الطقوس تحقق الحمل الذي قد لا يكون بسبب هذه الطقوس ولكنه حدث بعد مرور الزوج بفترة النقاهة الطبيعية التي أعقبت العملية الجراحية، إلا أن محصلة هذا الموقف هي الثقة التامة في هذا المعالج الذي تحقق على يديه الشفاء والحمل.

دراسة انثروبولوجية ميدانية في قرية مصرية

جدول رقم (2)

يوضح السلوك الشائع لدى أسر الدراسة واتجاهات العلاج

المرض	مصادر العلاج الحديث				علاج تقليدى		ملاحظات
	الوحدة الصحية بالقرية	مستشفى بالفشن المركز	مستشفى بمكان آخر	عيادة خاصة بالمركز	تصرف شخصى من خلال ممارسة شعبية	التوجه إلى معالج تقليدى	
تأخر الحمل	-	-	-	-	2	1	
الحصبة	2	-	-	3	1	-	
إسهال الأطفال	2	-	-	-	1	-	
متاعب العيون	2	-	-	-	1	-	
متاعب الأذن	2	3	-	4	-	1	
الروماتيزم	-	-	-	-	2	1	
الضعف العام للكبار	1	-	-	2	-	3	
الكسور والرضوض	-	-	-	-	-	1	
عضة الثعبان ولسع العقرب	2	-	-	-	-	1	
أمراض الجلد	-	-	-	-	1	2	

ملحوظة: الأرقام تعبر عن مراحل التصرف فى سلوك العلاج.

وفي الأسرة رقم (3) ذات المستوى الاقتصادي المنخفض عندما لم يحدث الحمل للزوجة، ذهبت مباشرة إلى نفس المعالج الذي ذهبت إليه الأسرة رقم (1) وكان تفسيره لتأخر الحمل هو بسبب غضب القرينة وسوء علاقتها مع الزوجة إذ أن هذه الزوجة كانت قد تزوجت قبل زواجها الحالي وانجبت طفلة وتوفت في شهورها الأولى، ثم حملت بعد وفاة الطفلة التي توفت لها وحدث إجهاض، وطلقت بسبب هذه الأحداث من زوجها الأول. وربط المعالج، في تفسيره بين وفاة الطفلة وحدوث الإجهاض، وتأخر الحمل في الزواج الثاني وبين غضب القرينة من الزوجة، ومن ثم سببت لها هذه المتاعب.

وفي الأسرة رقم (5) ذات المستوى الاقتصادي المتوسط كان سلوكها أمام موقف تأخر الحمل، أن ذهبت الزوجة إلى المعالج الشعبي عدة مرات، وشخص الحالة على أنها تأخر في الحمل بسبب المشاهرة، وتعثر الشفاء لمدة سنتين. اضطرت الأسرة إلى التوجه إلى الطبيب بالفشن، ولم يتحقق أيضاً الشفاء، رغم التردد على الطبيب لمدة سنة وكانت العودة إلى المعالج، وفي هذه المرة طلب منها إتمام إجراءات فك المشاهرة وتحقق لها بعد ذلك الشفاء بعد انقضاء سنة أخرى.

وفي موقف تأخر الحمل يكاد يتقاعس تأثير الأبعاد الاجتماعية المختلفة، ويبدو سلوك الأسر متقارباً في هذا الموقف، بسبب صياغة الثقافة لأسباب العقم وتأخر الحمل بشكل يتلاءم مع خطورة الأمر، وذلك من خلال إفساح المجال وتوسيع دائرة الأسباب لإمكانية استمرار الحياة في الأسرة التي يتأخر فيها الحمل للزوجة.

وعلى الرغم من أن باقي الأسر التي شملتها الدراسة لم تتعرض لهذا الموقف أو موقف تأخر الحمل، إلا أنها جميعاً تطرح نفس الأسباب وتضيف عليها أخرى لتأخر الحمل، وتؤكد أن هذه الحالات بهذه الأسباب المتشابكة لا يعرف أسلوب علاجها إلا المعالج الشعبي، لارتباطه بالكثير من الجوانب غير الظاهرة والتي يكون التأثير فيها لبعض القوى الخفية، وهي أمور يملك المعالج القدرة على كشفها ودرء مخاطرها[*].

(*) وتقترب هذه المعاني مما انتهت إليه دراسة امبيراتو في مجتمع البمبارا من أن مسببات المرض من منظور الثقافة المحلية تحدد اتجاهات العلاج، فهناك أمراض يعتقد أفراد المجتمع أن مسبباتها القوى

2. الحصبة: وقد أظهرت الدراسة أنها من الأمراض التي تعرف الأسرة لها العديد من الطقوس وهذه الطقوس لا تتأثر كثيراً بالأبعاد الاجتماعية، كالمستوى الطبقي والتعليمي والمهني. فهذه الأسر عند إصابة أحد الأطفال فيها بالحصبة، لا يكون اللجوء إلى مصادر الطب الحديث، بل تتولى الأمهات داخل الأسر مجموعة من الطقوس، تشتمل على ملابس حمراء يرتديها الطفل المصاب، ومنعه من الاغتسال بالماء لمدة 21 يوماً، وعدم تعرضه للهواء، وإظلام المكان الذي يقيم فيه، وقد يحدث أن ترتبط صحة الطفل ولا تعرف الأم سبب التعب فتتوجه إلى الطبيب، إلا أنها إذا عرفت أن المرض هو الحصبة فتبادر بعد إعطائه الدوار وذلك لاعتقاد الأمهات في هذه الأسر أن الحصبة من الأمراض التي لا تحتاج مواجهتها إلى أدوية حديثة.

وقد حدث أن أصيب الطفل من الأسرة رقم (3) بالحصبة وذهبت الأم بالطفل إلى الوحدة الصحية، وبعد معرفتها أن التعب قد حدث للطفل بسبب الحصبة لم تعطه الدواء خوفاً من أن يكتم الحصبة في بطن الطفل كما تعتقد الأم، وهي في هذا السلوك تعكس اتجاهاً عاماً وغطاً سلوكياً شائعاً تجاه هذا المرض. وأمام هذا الاعتقاد تصبح الطقوس وحدها كافية للشفاء(*) دون ما حاجة إلى إجراءات علاجية من جانب الطب الحديث.

الخفية فيكون اللجوء إلى معالج يلم بأمور السحر.

لمزيد من التفاصيل حول هذا الموضوع انظر: Imperato, Op. Cit., PP. 33-34.

وكذلك ما ذهب إليه آرثر كلينمان حول ما أسماه المنظور الإثنولوجى للمرض وكيف يتحدد في ضوئه اتجاهات العلاج.

لمزيد من التفاصيل انظر: Arther Kleinman, Op. Cit., PP. 71-96.

(*) وتقترب هذه المضامين من تفكير بعض الثقافات الأخرى خارج نطاق المجتمع المصري لمحو بعض الأمراض، ففي الثقافة الهندية يسود اعتقاد حول مرض الجدري، أنه لا يحتاج في شفائه إلى أدوية حديثة، بل يكفى للشفاء منه مجموعة من الطقوس التي لا يدخل منها إلا الأبخرة والأدعية، كما يسود اعتقاد بأن هناك خطورة على المريض به من استعمال أدوية حديثة. لمزيد من التفاصيل حول هذه المعاني انظر:

David Landy, Op. Cit., PP. 425-496.

3. إسهال الأطفال: في هذا الموقف المرضى يوجد تفاوت في سلوك العلاج، حيث يتأثر هذا السلوك طبقاً للمستوى الطبقي والتعليمي ونوع الطفل المصاب ذكراً كان أو أنثى، والخبرات السابقة التي مرت بها الأسرة مع أمراض الأطفال والوفيات. ففي الأسرة ذات المستوى الاجتماعي والتعليمي المرتفع يكون اللجوء في اليوم التالي للإصابة بالإسهال إلى الوحدة الصحية، وإذا تعذر الكشف لأي سبب بالوحدة الصحية يكون التوجه إلى الفشن حيث الطبيب الأخصائي، وفي بعض الأحيان يكون التوجه مباشرة إلى الفشن توفيراً للوقت والجهد.

أما في الأسر ذات المستوى الاجتماعي المنخفض فيكون التصرف بإعطاء الطفل المصاب الكمون المغلي أو النعناع أو الشاي مضافاً إليه بعض قطرات الليمون، لمدة يوم أو يومين وإذا لم تتحسن الحالة يكون التوجه إلى الوحدة الصحية.

وتتفق الأسر في سلوكها تجاه الأطفال الرضع عند إصابتهم بالإسهال بأن تتوقف الأم عن إرضاع الطفل لاعتقاد منها أن احد أسباب الإسهال هو الحالة المزاجية أو النفسية للأم التي إذا ساءت تسبب ذلك في إصابة الطفل بالإسهال.

وتتقارب الفروق بين المستويات الاجتماعية المختلفة عندما يكون الطفل المصاب بالإسهال ذكراً إذ يكون الاهتمام به في الطبقات الدنيا مشابهاً لما يحدث في المستويات الاجتماعية المرتفعة، حيث تتوجه الأم بالطفل إلى الوحدة الصحية لما يمثله الطفل الذكر من قيمة اجتماعية تستوجب الاهتمام.

ويؤثر بُعد التعليم والخبرات السابقة في موقف الأسرة نحو المرض وتقدير مدى خطورته وسلوك العلاج، ففي الأسرة رقم (4) من أسر الدراسة التي يتمثل فيها بُعد التعليم المرتفع والخبرات السابقة تجاه حالات لوفيات حدثت فيها بشكل متكرر ليس للزوجين ولكن لأشقاء الزوج عندما كان طفلاً حيث توفي له عشر إخوة، ولذا نجد هذه الأسرة تبادر بالتوجه إلى مصادر العلاج الحديث بالوحدة الصحية أو بالفشن.

وبالنسبة للأسر في المستوى الاقتصادي المرتفع من سكان المنطقة الصحراوية نجدهم بعد مضي يوم أو يومين ينتقلون إلى الفشن مباشرة بالسيارة، متجاوزين الوحدة

الصحية، معللين ذلك بأن الفشن بها الطبيب والصيدلية التي سوف يتم منها شراء الدواء.

وننوه هنا بأن هذا الموقف الذي يلجأ فيه سكان منطقة الصحراء إلى الطب الحديث، هو موقف حديث. ويذكر أحد الإخباريين الذي استعانت بهم الدراسة أن هذا السلوك قد صاحب التغيرات الاقتصادية وما أعقبها من تحولات اجتماعية شهدها سكان المنطقة الصحراوية من توابع القرية، إذ تحولوا إلى زراع للمحاصيل النقدية والتي أهمها البطيخ وما حدث نتيجة لذلك من رواج اقتصادي واستخدامهم لوسائل نقل حديثة وجرارات زراعية، وبالتالي تغير في بعض جوانب الحياة وأسلوب مواجهة الأمراض.

أما الأسر ذات المستوى الاجتماعي المنخفض في منطقة الصحراء فتستخدم نفس الأساليب السابقة وهي النعناع المغلي أو الكمون والشاي والليمون مع ربط البطن للطفل المصاب.

وعن أسباب الإسهال فلم تذكر الأمهات في الأسر على اختلاف مستوياتها وأماكنها في مناطق الصحراء والمنطقة الزراعية، أسباباً منطقية تفسر حدوثه، فعلى الرغم من انتشار مصادر التلوث في البيئة وانتشار الذباب بشكل واضح، إلا أنهن أرجعن سبب الإسهال إلى سوء حالة الأم المرضع، وانعكاس ذلك على الطفل، و"الزغفة" أو "الخضة"، وحدوث التواء للجزء السفلي من جسم الطفل وتعرضه للشمس أو للهواء وتقلب الجو وتغير درجة الحرارة المفاجئ.

4. أمراض العيون: اتضح وجود فروق في مواجهتها بين الأسر، من حيث طبيعة المنطقة وظروف البيئة، ففي نجوع الصحراء وجدت ممارسات تدخل فيها نباتات البيئة، ومنها أوراق الزيتون وذلك بدقها وتنعيمها وهي خضراء وإضافة لبن ماعز إليها ووضعها في قطعة من القماش في شكل لبخة فوق العين المصابة، أو استخدام بياض بيضة غير مطهي بوضعه في قطعة من القماش فوق العين الملتهبة، حيث تؤكد ربات الأسر آثار بياض البيض الفعال في شفاء حالات احمرار العين.

ومن الممارسات أيضاً التي عرفتها منطقة الصحراء التقطير في العين المصابة من ثدى امرأة مرضع، وذلك مرتين أو ثلاث مرات يومياً لعدة أيام، واستخدام بقايا الشاي المغلي لعمل لبخة توضع في قطعة من القماش فوق العين.

وقد اشتركت المنطقة الريفية مع منطقة الصحراء في الممارستين الأخيرتين، وهما قطرات لبن المرضع وتفل الشاي[1]، وعرفت الأسر غير هاتين الممارستين استخدام الحارة.

وتتأثر هذه الممارسات طبقاً لبعض الأبعاد المختلفة كالمستوى الاقتصادي والتعليم، حيث لوحظ أن الأسر التي تمثل هذين البعدين يستخدم أفرادها بعض الوسائل العلاجية الحديثة مثل القطرة التي يشترونها من الصيدليات بالفشن.

5. متاعب الأذن: وهي من الأمراض التي يرى أفراد الأسر أنها لا تحتاج إلى مواجهة سريعة، ولذا فنجد فيها المحاولات الذاتية واضحة حيث تشترك الأسر على اختلاف مستوياتها بالمحاولات الأولية التي تستخدم فيها قطرات زيت الزيتون الدافئ، وإذا لم يحدث تحسن عندئذ تظهر بعض الفروق في سلوك الأسر، ففي بعض المستويات الاجتماعية والتعليمية المرتفعة يتوجه الأفراد إلى الفشن بالمستشفى التي يوجد بها أخصائي للأذن أو إلى أحد الأطباء المتخصصين في عيادته.

أما الأسر في المستوى الاجتماعي والتعليمي المنخفض فنجد أفرادها يستخدمون قطعة من العجين اللين لسد فتحة الأذن المصابة بها، والتي تظل لمدة يوم أو يومين حتى تسقط دون تدخل، وبسقوطها يعتقد أفراد هذه الأسر أن العجين قد امتص الالتهاب من فتحة الأذن المصابة كما يستعين أفراد هذه الأسر بمعالجة متخصصة في علاج الأذن. ويذكر أحد الإخباريين أنها من عربان منطقة الفشن

(1) هذه الوسيلة أظهرتها دراسة حسن الخ ولى المتعلقة بمحافظتي الدقهلية والفيوم. كما وردت هذه الممارسة في المصادر التي تناولت الطب المصري القديم، حيث استخدم المصريون القدماء لعلاج متاعب العيون لبن امرأة مرضع وضعت ولداً. انظر: أحمد كمال، بغية الطالبين، مرجع سابق، ص271.

المتنقلين، وتتجول في القرى والنجوع وتقصدها بعض الأسر حيث تتولى التعزيم على الأذن المصابة، ثم تقوم بوضع فمها فوق فتحة الأذن المصابة، وتستخرج دوداً صغيرا بلسانها، وهذا الدود كما يعتقد بعض الأفراد هو السبب في هذه المتاعب وبعدها تبرأ الأذن من متاعبها.

6. الروماتيزم: وهو من الأمراض التي تحتاج إلى وقت طويل في علاجها، ولقد كشفت الدراسة عن قيام الأسر ببعض الممارسات لمواجهة متاعب الروماتيزم. ولم تظهر فروق واضحة في هذه الممارسات في سياق الأبعاد المختلفة، والاختلاف الوحيد في هذه الممارسات كان بين نطاقي الصحراء والمنطقة الزراعية، حيث استخدمت الأسر في منطقة الصحراء بعض نباتات البيئة كالحنظل الذي ينمو فيها، والذي تستخدم ثماره التي تشبه الكرة الصغيرة بعد شقها ووضع كعب الرجل فيها لمدة يوم، وذلك إذا كان الألم في منطقة القدم، ومن الممارسات العلاجية في هذه الأسر داخل هذا النطاق الصحراوي استخدام دهن الثعابين في تدليك الجزء المصاب إذا كان ألم الروماتيزم في مفصل اليد يربط المفصل بجلد الثعبان، أما إذا كان الألم في منطقة الركبة فيلجأ المصاب إلى معالج الوشم والذي يستخدم كما يقول الإخباري مجموعة من الإبر في شكشكة الركبة المصابة أو مفصل للرسغ باليدين، حتى يسيل منها الدماء ثم يقوم بوضع خبط السنط أو لبخة من أغصان السنط الغضة فوق المنطقة أو الجزء الذي تم وخزه بالإبر وينتج عن ذلك إفرازات صفراء اللون يشفى بعدها المريض.

واشتركت الأسر في المنطقتين في ممارسة دفن الجزء المصاب في رمال الصحراء، وانفردت الأسر بالمنطقة الزراعية باستخدام الطريشة، وغير ذلك من الممارسات كاستخدام لبخة نبات الفليا الذي يشبه النعناع.

7. أمراض الجلد: وهي من وجهة نظر أفراد الأسر لا تمثل مرضاً خطيراً، إذ أنها من المتاعب التي لا تتوقف معها حياة المريض أو أدواره اليومية، وكذلك فهي من المتاعب التي تستخدم لعلاجها معظم الأسر على اختلافها بعض الممارسات التي يستخدم فيها نباتات البيئة ومنها لحاء شجر الجميز، وغلي قرض السنط المركز، ونبات رعراع أيوب، ومغلي الترمس الذي يتميز بمرارته الشديدة، وفي

حدود ضيقة تنتقل بعض الأسر في حالة فشل هذه الممارسات في تحقيق الشفاء إلى المستشفى بالفشن وذلك لتعقد الإجراءات وعدم جدوى العلاج من وجهة نظر المترددين وعدم خطورة المرض من جانب آخر.

8. حالات الضعف العام للكبار: في هذه الحالات يكون لجوء الأسر في المستويات الاجتماعية المختلفة إلى الوحدة الصحية، وذلك لأن هذا النوع من التعب يعطل المريض ويعوقه عن أدائه لأدواره ونشاطه اليومي، إلا أن علاج الوحدة الصحية كثيراً ما لا يحقق نتيجة، عندئذ يكون التوجه إلى المستشفى بالفشن للأسر ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، وإلى عيادات الأطباء في الأسر ذات المستوى الاقتصادي المرتفع، ويتفق في هذا السلوك العلاجي أسر المستوى الاقتصادي المرتفع بمناطق الصحراء، وفي هذه الأسر جميعها رغم تفاوت المستويات والظروف إذا تعذر الشفاء يكون التوجه إلى معالج الكي الذي يقوم بعمل ما يسمى "بالخرت"، وفي هذه الممارسة العلاجية يستخدم المعالج إبرة كبيرة الحجم بعد تسخين الجزء الأمامي منها وذلك بغرسها تحت الجلد في المنطقة أسفل البطن وعقد فتلة مكان الإبرة ويتم تحريك هذه الفتلة كل يوم لمدة أسبوعين، ومن خلال هذه الفتلة تخرج إفرازات ويستمر هذا الموقف، إلى أن يشفى الجرح، وعندئذ يبرأ المريض من متاعبه، ويطلق أفراد الأسر على هذا النوع من التعب (انقطاع) أي أن الشخص الذي يعاني من حالة الضعف العام "مقطوع النفس" وأعراضه عدم المقدرة على القيام بأي مجهود، أو الشعور بالتعب الشديد وتصبب العرق من المرض إذا بذل جهداً ولو كان بسيطاً.

9. كسور العظام: وفي هذه الحالات تلجأ الأسر بكافة مستوياتها وتنوع خصائصها إلى المجبراتي الموجود في عزبة بشرى إحدى توابع الجفادون، وذلك لثقة الأسر في مقدرة هذا المعالج، وكذلك لعدم توفر إمكانيات مواجهة الكسور بالوحدة الصحية بالقرية، وعلاوة على ذلك فإنه يسود فهم شائع بين الأسر حول ظروف العلاج في مستشفى الفشن، وما يترتب على ذلك من مشكلات للمصاب الذي يتوجه إلى المستشفى، وغير ذلك من العوامل التي سبق أن تناولناها بالتفصيل عند التعرض للمجبراتي كمعالج للكسور.

عرض لأهم نتائج الدراسة

(أ) بشأن المعالجين بمجتمع الدراسة:

تضافرت العوامل المختلفة، التاريخية والاجتماعية في خلق مناخ ملائم لانتشار العديد من المعتقدات حول المرض وأسبابه، تخرج في جزء كبير منها عن نطاق دائرة تفسيرات الطب الحديث، كما قدمت الثقافة أساليب لمواجهة العديد من المشكلات المرضية، تتضمن مجموعة من الطقوس والممارسات التي يؤديها الأفراد بأنفسهم تارة، ولدى معالج متخصص تارة أخرى، وذلك حسب بساطة أو تعقيد الممارسات.

ولقد أسهم في بقاء واستمرار هذه الملامح الثقافية في مجال العلاج، العزلة الاجتماعية والفيزيقية، وما ترتب عليها من انتشار للأمية وتأخر وصول الخدمة الصحية الرسمية لمجتمع الدراسة، والتي كان محصلتها أن جعلت من مجتمع الدراسة أشبه بمنطقة ثقافية متميزة الخصائص. وانعكس ذلك بدوره على سلوك الكثير من أفراده في مجال العلاج، وفي مفهومهم حول المرض، حيث تعددت أسباب الإصابة به، وبشكل خاص تلك المتاعب المرضية ذات التأثير الاجتماعي، كالعقم، وتأخر الحمل، ووفيات الأطفال الرضع، وحالات الإجهاض المتكررة، حيث صاغت عوامل الثقافة لهذه المتاعب المرضية، مجموعة من التفسيرات ذات المضامين الاجتماعية تتسق ودرجة تأثيرها على الأفراد.

وكمحصلة لهذه العوامل السالف ذكرها أظهرت الدراسة ما يلي:

1. أفرزت العوامل الثقافية مجموعة من المعالجين الشعبيين تولوا مهمة الترويج للعديد من المعاني المتسعة والمتشابكة حول المرض، وكذا تقديم الكثير من التفسيرات حول أسباب حدوث بعض الأمراض، إذ أن بقاءهم واستمرار دورهم رهين باستمرار وانتشار هذه المعاني.
2. لعب المعالجون دوراً واضحاً في تقديم أسباب لوفيات الأطفال المتكررة، وتأخر الحمل، وردها إلى غضب القرينة من الأم وطفلها، ومن ثم يكون موت الطفل أو تأخر الحمل مرده إلى تأثير القوى الخفية، ويعد ذلك مبرراً من شأنه استيعاب ملابسات موقف الوفاة بالنسبة للأطفال والذي غالباً ما يحدث بسبب استخدام

الداية لأداة حادة غير معقمة، في قطع الحبل السري. كما أن هذا التفسير يخرج الموقف بالنسبة للأمرين من حيز التفكير العقلي، ويفسح المجال لامتداد العلاقة واستمرار الحوار بين بعض أفراد المجتمع، وبين المعالج المتخصص في وقاية الأم وطفلها ودرء مثل هذه المخاطر عنها.

3. وكنتيجة لهذا الفهم من بعض أفراد المجتمع لأسباب الإصابة ببعض الأمراض، يتردد جزء من أفراد المجتمع على المعالجين الشعبيين الذين عرفوا بمقدرتهم في التعامل مع القوى الخفية، متجاوزين بذلك النسق الطبي الرسمي ممثلاً في الوحدة.

(ب) الممارسات العلاجية الشعبية لبعض الأمراض وسلوك الأسر في مجال العلاج:

4. ظهرت اختلافات واضحة في بعض ممارسات العلاج الشعبي لبعض الأمراض بين منطقة الصحراء، في المجال الجغرافي من مجتمع الدراسة، وبين الجزء الزراعي منه. وبدا ذلك جلياً في ممارسات علاج متاعب العيون واستخدام مواد نباتية تتضمن أوراق شجر الزيتون مضافاً إليه لبن الماعز، وكذا عمليات الخرت والكي في حالات الضعف العام للكبار، واستخدام ثمار نبات الحنظل في حالات الروماتيزم وكذلك العلاج بالوشم عند حدوث آلام المفاصل، واستخدام الإبر وخبط السنط في هذا الغرض، وهي جميعاً ممارسات تضمن أساليب ومواد وعناصر علاجية انفرد بها الجزء الصحراوي بمجتمع الدراسة.

5. وكمحصلة للنتيجة السابقة يتأكد المعنى القائل بأن عناصر التراث في مجال العلاج هي نبت بيئي يتفاعل في خصائصه مع البيئة التي نما فيها، ومن ثم فنبت الصحراء يحمل ملامح الصحراء، ونبت النطاق الزراعي يعكس خصائص المنطقة الزراعية. ويبدو ذلك واضحاً في المواد التي تستخدم في الوصفات العلاجية لكلا النطاقين وأسلوب الممارسات العلاجية كذلك.

6. تأثرت الممارسات العلاجية الشعبية للأفراد في بعض الأسر، تجاه بعض الأمراض بالأبعاد الاجتماعية، وظهر ذلك جلياً في متاعب الإسهال للأطفال،

بينما لم يظهر هذا التأثير واضحاً لدى الأسر في حالات الإصابة بالحصبة، وحالات وفيات الأطفال الرضع المتكررة، وتأخر الحمل، حيث تأثر سلوك الأسر في هذه المواقف المرضية بمفهوم الأفراد حول أسباب الإصابة بها.

7. تأثر سلوك الأفراد واتجاهاتهم في الكثير من الأسر نحو طلب الشفاء بعوامل متعددة منها سبب المرض كما تطرحه الثقافة المحلية، وكيفية الشفاء منه، ومدى فهم أفراد المجتمع لفعالية النسق الطبي وأفراد في مواجهته، وبعض العوامل الأخرى التي منها نوع المرض وطبيعته، والعوامل الاقتصادية والسن، والتعليم.

8. النساء بمجتمع الدراسة هن أكثر تردداً على المعالجين من الرجال وبشكل خاص في حالات وفيات الأطفال الرضع، وحالات العقم، ولا نعني بذلك تمسك النساء بعناصر التراث في مجال العلاج أكثر من الرجال، ولكن أغلب الظن أن مرد هذا السلوك هو العوامل الثقافية والاجتماعية التي تحمل المرأة دون الرجل تبعة تأخر الحمل أو وفاة أطفالها، وإن كان هذا الأمر لا يحدث بشكل معلن، إلا أن حدوثه يؤدي إلى تسرب القلق النفسي إلى الزوجة حيال حياتها وعلاقتها بزوجها وأهله، ومن ثم تكون مبادرتها في البحث عن حل لهذه المشكلة لدى المعالج الشعبي المتخصص.

9. تتأثر عناصر التراث العلاجي بما يحدث من تحولات اجتماعية بمجتمع الدراسة، وإن كان قياس درجته يبدو أمراً صعباً، إلا أن هناك بعض الشواهد التي تؤكد حدوثه. فقد أشارت دراسة بلاكمان حول فلاحي الصعيد الأعلى التي أجريت في الفترة من 1920-1926، إلى وجود بعض الممارسات والمعتقدات في مجال الأمومة والطفولة، وأشارت إلى الطقوس التي تتبع في هذا الشأن. وكذا أشارت إلى بعض الممارسات لعلاج متاعب العيون التي استخدام فيها أوراق شجر الزيتون ولبن الماعز، ومتاعب الجلد التي استخدم فيها ناتج غلي الترمس. وجدير بالذكر أن هذه الممارسات تكاد تكون موجودة بشكلها وبنفس المواد المستخدمة فيها ولنفس الأغراض العلاجية بين بعض المستويات الاجتماعية والاقتصادية بمجتمع الدراسة.

وعلى الجانب الآخر فهناك بعض الممارسات التي أشارت إليها بلاكمان كالخرت والكي لمواجهة متاعب الإسهال والروماتيزم، وهي ممارسات بدأ نطاقها ينحسر من المنطقة الزراعية، ويكاد يقتصر وجودها على منطقة الصحراء.

الفصل الثامن

الإسهال عند الرضع والأطفال في مدينة القاهرة

دراسة أنثروبولوجية للإطار الاجتماعي للإصابة والعلاج(*)

مقدمة

البحث الذي بين أيدينا هو جانب من جوانب بحث أكبر عن مرض الإسهال وعلاجه عند الأطفال والرضع، قامت بالإشراف عليه كلية الطب جامعة الأزهر، ويشمل ثلاثة جوانب بحثية حول نفس الموضوع أحدهما طبي، والثاني اجتماعي، أما الثالث فهو أنثروبولوجي حيث تضطلع كاتبة السطور بمهمة الإشراف على فريق البحث الأنثروبولوجي.

وقد بدأ العمل في هذا البحث في شهر يوليو 1987. حيث قمت بزيارات منتظمة لمركز علاج الجفاف بمستشفى السيد جلال بباب الشعرية بالقاهرة، تم التعرف من خلالها على سلوك الأمهات المترددات على المركز، وآرائهن حول المرض، وأسبابه، وطرق علاجه...إلخ، وأيضاً التعرف على ما يقدمه المركز من خدمات.

كما تمت الاستعانة بفريق من الباحثين والباحثات باستثناء المرحلة الثالثة من البحث، والتي تم فيها الاستعانة بباحثات فقط، وذلك بناء على طلب مقدم من الأستاذ المشرف على الجانب الطبي، وانطلاقاً من أن الزيارات المنزلية بواسطة باحثين (ذكور) يمكن أن تتسبب في حدوث بعض المشكلات لبعض أسر عينة البحث.

هذا، وقد انقسم العمل الميداني إلى ثلاث مراحل هي كالتالي:

1. المرحلة الاستطلاعية: قام فيها عدد من الباحثين والباحثات[1] من ذوي الخبرة

(*) عرض لرسالة ماجستير أعدها الدكتور فوزي عبد الرحمن تحت إشراف الأستاذة الدكتورة علياء شكري، أجيزت عام 1984.

المتميزة في مجال الأبحاث الأنثروبولوجية، بإجراء دراسة استطلاعية للمترددات على المركز. كما تمت مصاحبة بعض الحالات، وزيارتهم في منازلهم. وقد استغرقت تلك المرحلة الفترة من أغسطس إلى أكتوبر 1987.

2. مرحلة إعداد أدوات البحث: وقد تم في تلك المرحلة تعديل استمارة البحث الاجتماعي حيث أعيد ترتيب بنودها، كما أعيدت صياغتها. وتم في هذه المرحلة أيضاً تصميم دليل العمل الميداني لفريق البحث الأنثروبولوجي(2)، وذلك من خلال الخبرات المكتسبة من الزيارات الميدانية، إلى جانب الاستعانة باستمارة البحث الاجتماعي المعدلة، وفي ضوء أهداف البحث بشكل عام. وقد استغرقت تلك المرحلة الفترة من يناير 1988 إلى يناير 1989.

3. مرحلة جمع المادة الميدانية: وتم فيها جمع المادة الميدانية، باستخدام دليل العمل الميداني. ومن خلال فريق من الباحثات(3). وقد استغرقت تلك المرحلة الفترة من فبراير 1989 إلى أبريل 1990.

---

(1) ضم فريق البحث الأنثروبولوجي في تلك المرحلة:
- الأستاذ فوزي عبد الرحمن، مدرس مساعد بقسم الاجتماع ببنات عين شمس (في ذلك الوقت).
- الأستاذة فاتن أحمد على، معيدة بقسم الاجتماع ببنات عين شمس (في ذلك الوقت).
- الأستاذة هناء الجوهري، معيدة بقسم الاجتماع بآداب القاهرة (في ذلك الوقت).
- الأستاذة سامية قدرى، معيدة بقسم الاجتماع ببنات عين شمس (في ذلك الوقت).

(2) ضم فريق البحث الأنثروبولوجي في تلك المرحلة:
- الأستاذة هناء الجوهري، معيدة بقسم الاجتماع بآداب القاهرة (في ذلك الوقت).
- الأستاذ سعيد المصري، معيد بقسم الاجتماع بآداب القاهرة (في ذلك الوقت).
- الأستاذة إجلال عامر، طالبة دراسات عليا بقسم الاجتماع ببنات عين شمس.

(3) ضم فريق البحث في تلك المرحلة:
- الأستاذة عاليه حلمي حبيب، مدرس مساعد بقسم الاجتماع ببنات عين شمس (في ذلك الوقت).
- الأستاذة هناء الجوهري، مدرس مساعد بقسم الاجتماع بآداب القاهرة (في ذلك الوقت).
- الأستاذة نجوى عبد المنعم، مدرس مساعد بقسم الاجتماع ببنات عين شمس (في ذلك الوقت).
- الأستاذة منال عبدالعظيم، معيدة بقسم الاجتماع ببنات عين شمس (في ذلك الوقت).

قامت كل من الأستاذتين هناء ومنال بدراسة 8 حالات، وقامت كل من الأستاذتين نجوى وسامية

وتنقسم عينة البحث إلى مجموعتين تتكون كل منهما من 25 حالة. والمجموعة الأولى هن الأمهات الزائرات للمركز بصحبة أطفالهن المرضى، واللاتي يتم علاج أطفالهن أثناء الزيارة، لينصرفن إلى منازلهن (العينة العامة). بينما المجموعة الثانية هن الأمهات الزائرات للمركز بصحبة أطفالهن المرضى، واللاتي يحتجزن للعلاج في المركز نظراً لشدة الحالة المرضية للأطفال (عينة الداخلي). والتقرير الذي بين أيدينا هو تقرير العينة العامة فقط.

هذا، وقد تم اختيار عينة البحث- بصفة عامة- باستخدام الطريقة العشوائية المنتظمة، حيث تمت الاستعانة بإحصاءات المركز عن أعداد المترددين عليه خلال العامين السابقين لبداية البحث. وتم استخراج متوسطات لتلك الأعداد لكل شهر من شهور السنة- حيث إنه مرض موسمي- وبالتالي تم اختيار الحالات وفقاً لمعدلات الأعداد في كل شهر.

وقد بدأ فريق البحث الأنثروبولوجي- كما سبقت الإشارة- في جمع المادة الميدانية، ودراسة الحالات في اليوم الخامس من شهر فبراير سنة 1989. ويبدأ أسبوع العمل يوم الأحد من كل أسبوع، حيث تتم دراسة حالتين من قبل فريق البحث الاجتماعي في الأسبوع الأول، ثم حالة ثالثة في الأسبوع الثاني، وتكون الحالة الرابعة هي الحالة الخاصة بفريق البحث الأنثروبولوجي. وبذلك تتم دراسة حالة أنثروبولوجية واحدة كل أسبوعين، ليستمر جمع المادة الميدانية عاماً كاملاً، يتم خلاله أيضاً دراسة حالات "عينة الداخلي" وفقاً لأعداد المترددين منهم على المركز. لذا فقد انتهى جمع المادة الميدانية للعينة العامة في شهر أبريل 1990. بينما لم تنته حالات "عينة الداخلي" حتى كتابة هذا التقرير.

والجدير بالذكر أنه قد تمت الاستعانة بأساليب البحث الأنثروبولوجي حيث قامت الباحثات بعقد مقابلات متعمقة تم من خلالها توجيه بعض الأسئلة المباشرة وغير المباشرة وفقاً لبنود الدليل، إلى جانب استخدام الملاحظة للتعرف على تفاصيل

بدراسة 3 حالات، وقامت الأستاذة عاليه بدراسة حالتين، بينما قامت كاتبة السطور بدراسة حالة واحدة، إلى جانب تتبع بعض الحالات المدروسة.

نفس الموضوعات، وكذلك لملاحظة الشكل العام للمسكن، وللمنطقة السكنية...إلخ، كما استخدم منهج دراسة الحالة على مستوى وحدة المعيشة، وأيضاً على مستوى المجتمع المحلى.

وحول عدد المقابلات المتعمقة في كل حالة، فقد كانت كل باحثة تصطحب الحالة من المركز إلى مسكنها، لتنتظم المقابلات يوماً بعد يوم إلى أن يتم شفاء الطفل، ثم تتكرر المقابلة بعد تاريخ الخروج من المركز بأسبوع، ثم بأسبوعين.

ونظراً إلى أن عينة البحث هي من الأطفال المرضى- أساساً- حيث انطلقت دراستهم من مركز علاج الجفاف، فإن البحث يهدف إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

1. حول العوامل المؤثرة على الإصابة بالمرض:

(أ) ما هو تأثير المسكن والمنطقة السكنية على إصابة الأطفال بالإسهال؟

(ب) هل تؤثر عادات الطعام على إصابة الأطفال بالإسهال؟

2. فيما يتعلق بالمرض:

(أ) هل هناك علاقة بين سرعة أو بطء اللجوء إلى المركز، وبين سرعة توقف الإسهال؟

(ب) هل تلجأ الأم إلى المركز لإصابة الطفل بالإسهال، أم للأعراض المصاحبة له؟

3. حول سلوك الأم نحو المرض، وطرق العلاج:

(أ) ما هي أسباب المرض، ومدى خطورته، وطرق علاجه من وجهة نظر الأم؟

(ب) ما هو تقييم الأمهات للمركز، وما يقدمه من خدمات؟

4. رغم كل ما أثبتته الأبحاث حول جدوى المحلول في علاج الإسهال، فمازال الإسهال في مقدمة أسباب وفيات الأطفال في مجتمعنا المصري، لماذا؟

وسوف يقدم التقرير التالي محاولة للإجابة على تلك التساؤلات.

أولاً: السمات العامة لمجتمع البحث

تسكن أسر العينة- بشكل عام- في أحياء الوايلى، والشرابية، وباب الشعرية، والزاوية الحمراء- حالة واحدة من منشية ناصر، وأخرى من أميرية البلد- وهي مناطق حضرية شعبية تتسم بالكثافة السكانية العالية، وضعف مستوى المرافق والخدمات، حتى أن مياه الصرف الصحي تطفح غالباً بين المساكن، وأحياناً داخلها. كما تتجمع أكوام القمامة، أو تنتشر على الطرق التي هي في مجملها غير ممهدة، ولا مسفلتة، كما أنها ضيقة يصعب السير فيها من كثرة القاذورات ومستنقعات المياه (أمطار وصرف صحي). كما تنتشر الحشرات الزاحفة والطائرة، أو بعض الحيوانات كالماعز والخراف والدواجن. لذا فهي تعد مناطق في أدنى المستويات السوسيواقتصادية في مدينة القاهرة.

ورغم تلك السمات العامة للمناطق السكنية لعينة البحث، ورغم أن أسر العينة تنتمي إلى مستوى سوسيواقتصادى منخفض (طبقة دنيا)، فقد تمت محاولة لتقسيم العينة وفقاً للمحكات السوسيولوجية- المهنة والدخل والتعليم- فاتضح أن هناك بعض الاختلافات في مكانات المهن داخل العينة يمكن بمقتضاها تقسيم العينة إلى شرائح- ضمت العينة مهناً متنوعة مثل الكناس، والعامل بيومية، والنقاش، وسائق قطار...إلخ. (انظر الفقرة ثانياً)

وعلى الرغم من تلك الاختلافات، فقد كانت الدخول متقاربة، ولى هنا بعض التحفظ فلا شك أن موضوع الدخل هو من الموضوعات الشائكة التي تواجه الباحثين بصفة عامة، وفي هذا البحث ورغم محاولات الباحثات استخدام الملاحظة، وتقنيات البحث الأنثروبولوجي، إلا أن القول بأن بيانات الدخل تحمل حقائق لاشك فيها يمكن أن يجانبنا الصواب. لذا تمت الاستعانة بمحك التعليم، فإذا بالشريحة الدنيا- وفقاً لمحكي المهنة والدخل- تضم اثنين من الأزواج حاصلين على الشهادة الإعدادية، وزوجة حاصلة على دبلوم تجارى، بينما لا تضم الشريحة الوسطى متعلمين (في جيل الأزواج)، وضمت الشريحة العليا زوجاً حاصلاً على الإعدادية، وآخر حاصل على دبلوم تجارى، وزوجة واحدة حاصلة على الشهادة الابتدائية. ومن هنا رأينا إضافة بعض المحكات الثقافية لعلها تسعفنا في هذا المجال كأسلوب الحياة والشكل العام للمسكن من الداخل

والخارج، ومدى صلاحيته للسكن، وقدرته على استيعاب الأسرة، وما إذا كان مستقلاً أو مشتركاً، وأيضاً مستوى النظافة العام. حيث يمكن للمحك الثقافي أن يكون فعالاً في تقسيم العينة إلى شرائح. وبالفعل أسهم المحك الأخير في تقسيم العينة إلى شريحة دنيا ضمت إحدى عشر أسرة، ووسطى ضمت ست أسر، وعليا ضمت ثماني أسر.

والجدير بالذكر أنه رغم تقسيم عينة البحث (طبقة دنيا) إلى شرائح ثلاث هي الدنيا دنيا، والدنيا وسطى، والدنيا عليا إلا أنها شرائح في نطاق عينة البحث، وليست ممثلة لشرائح الطبقة الدنيا في المجتمع المصري. حيث أثبتت دراسة الحالات أن الشريحة الدنيا دنيا- على مستوى المجتمع المصري بصفة عامة- غائبة، وغير ممثلة رغم وجودها في المجتمع المصري. ولا يفوتنا في هذا المجال أن عينة البحث قد أخذت من زائرات مركز علاج الجفاف، وقد لا تلجأ تلك الشريحة إلى المركز، أو لغيره طلباً للعلاج.

لذا يتناول هذا الجزء بعض السمات العامة للمساكن التي تقطنها أسر عينة البحث في الشرائح الثلاث، مع الاهتمام بأشكال المساكن من الخارج والداخل، واستخدامات الغرف، وأهم الخدمات والمرافق المتاحة وفي مقدمتها المياه والصرف الصحي.

فتتكون مساكن الشريحة الدنيا من طابق إلى أربعة طوابق، تكون عادة بدون طلاء، أو مطلية بإهمال بطبقة من الجير، وأرضية تلك المساكن غير مبلطة غالباً، وهي مساكن مشتركة في دورة المياه، وفي المطبخ أحياناً. وتضم بين الغرف- غالباً- مكاناً فسيحاً نوعاً ما كمدخل تستخدمه الأسر المحيطة في مزاولة العديد من الأنشطة في مقدمتها إعداد الطعام، وغسل الغسيل، وعقد لقاءات مع الجيران. أما تلك الغرف من الداخل فهي غالباً ضيقة، ورطبة، وغير جيدة التهوية (بعضها لا يضم نوافذ).

وتسكن تسع أسر من تلك الشريحة في مساكن مؤجرة، بينما تمتلك أسرتان مسكنيهما، إحداهما أسرة يعمل فيها الزوج جامع قمامة، وبالتالي فإن متغير الملكية هنا لا يلعب دوره كمتغير طبقي. وهي جميعها مساكن مشتركة في دورة المياه، باستثناء حالة لا توجد دورة مياه على الإطلاق، وهي في منطقة جامعي القمامة بمنشية ناصر حيث يتم استخدام حوش الخنازير لقضاء الحاجة، إذ تشترك من 3-8 أسر في دورة

مياه واحدة مما يؤدي إلى ازدحام الأطفال والبالغين عليها، مما يضطر الأطفال إلى قضاء حاجتهم على جانبي الطريق، كما قد يلجأ الذكور البالغون إلى ذلك، خاصة في الصباح. كما تستخدم دورات المياه تلك في الاستحمام، وبالتالي فإن على راغبي الاستحمام إما الاستيقاظ مبكراً جداً، أو الانتظار لحين خلو دورة المياه من روادها.

أما عن المطابخ فإن ثلاثة من تلك المساكن لا تضم مطابخ على الإطلاق، بينما تخصص أسرتان أجزاء صغيرة من مساكنهم لاستخدامها كمطابخ- تضم حوضاً وموقداً- وتضم ثلاثة مساكن أخرى مطابخ صغيرة مستقة ملحقة بالغرفة، بينما تستخدم ثلاثة أسر مكاناً مشتركاً مع الجيران كمطبخ.

وتسكن غالبية الأسر في تلك الشريحة في غرفة واحدة (ثماني أسر، وثلاث أسر كل في غرفتين) ويتراوح عدد أفراد تلك الأسر ما بين 3-10 أفراد (أسرتان عدد الأفراد في كل منهما 3، وأسرتان عدد الأفراد في كل منهما 4، وهم في السنوات الخمس الأولى من الزواج، واثنتان عدد كل منهما خمسة أفراد، وأسرة عددها ستة أفراد، وأسرتان عدد كل منهما سبعة أفراد، وأسرة عددها ثمانية أفراد، وأسرة عددها عشرة أفراد). وسواء كانت الوحدة السكنية مكونة من غرفة أو اثنتين فهي مخصصة للنوم، حيث تضم كل غرفة سريراً وكنبة ودولاباً. وتستخدم الغرفة للنوم، وللمعيشة، كما يتم فيها طهي الطعام- غالباً- وتناوله، ومشاهدة التليفزيون، واستقبال الضيوف، واستذكار الدروس- إذا كان هناك أطفال في سن المدرسة- كما تستخدم في الاستحمام أحياناً- خاصة للأطفال- وغسل الغسيل.

أما مساكن الشريحة الوسطى فهي شبيهة إلى حد كبير بمساكة الشريحة الدنيا، ولكنها تتسم بقدر أكبر من الاهتمام والنظافة، فأرضيتها مبلطة، وجدرانها أكثر نظافة، وأهم ما يميزها أنها مستقلة في دورات المياه، والمطابخ، وإن كان هذا الاستقلال له ظروفه الخاصة. فثلاث من تلك الأسر تسكن كل منها في غرفة في شقة مكونة من ثلاث غرف تشغل كل منها أسرة نووية تربطهم جميعاً علاقات قرابية- أشقاء أو أسر ممتدة- وبالتالي فإن استخدام دورة المياه أو المطبخ يتم من قبل ثلاث أسر على الأكثر، وتربطها علاقات قرابية. بينما تعيش الأسر الثلاث الباقية من تلك الشريحة في غرفة وصالة مستقلة (بدورة مياه ومطبخ مستقل).

وتمتلك أربع من أسر تلك الشريحة مساكنها، بينما تستأجره أسرتان، ويتراوح عدد الأفراد ما بين 3-9 أفراد (أسرة عدد أفرادها 3 أفراد، وثلاث أسر عدد كل منها خمسة أفراد، وأسرة عددها سبعة أفراد، وأسرة عددها تسعة أفراد).

ومن حيث استخدامات الغرف في تلك المساكن فهي في حالة الوحدات المستقلة تماماً، تستخدم الصالة للمعيشة ومزاولة كافة الأنشطة- مشاهدة تليفزيون، استقبال ضيوف- كما تضم غالباً سريراً أو كنبة للنوم، بينما تخصص الغرفة للنوم. أما في حالة الأسرة- التي تربطها علاقات قرابية- فإنه رغم أن الصالة تستخدم لمعيشة كافة الأسر، إلا أنه كثيراً ما تفضل تلك الأسر قضاء معظم الوقت في غرفة النوم- خاصة في حالات الشجار مع الجيران الأقارب- التي كثيراً ما تستخدم نفس استخدامات السكني المشتركة- حيث تضم مواقد غاز ويتم فيها طهي الطعام، وإعداده، والجلوس لمشاهدة التليفزيون...إلخ.

أما مساكن الشريحة العليا فهي تقع في منازل من طابقين إلى ستة طوابق، وتتسم بمستوى أعلى في النظافة، كما أن جدرانها غالباً مطلية بالزيت، وأرضيتها مبلطة، ومفروشة أحياناً موكيت أو سجاد أو كليم، وهي كلها مساكن مستقلة- في دورة المياه والمطبخ- وإن اتسمت الغرف أيضاً بصغر مساحتها، وقلة عدد النوافذ فيها، وضعف مستوى التهوية. وتضم الوحدات السكنية لتلك الشريحة ثلاث أو أربع غرف، إحداها تسكنها أسرة ممتدة- الزوجان والأبناء وجدان- وأسرتان تقيم الجدة فقط مع كل منهما. وهي مساكن ملك لأربعة من تلك الأسر، ومؤجرة لأربعة أسر أخرى.

ويتراوح عدد الأفراد في تلك الأسرة ما بين 4-9 أفراد (أسرتان عدد الأفراد في كل منهما أربعة أفراد، وأسرة ممتدة مكونة من طفلين، ووالديهما، وجديهما، وأسرتان كل منهما مكونة من خمسة أفراد، والجدة، وأسرة مكونة من تسعة أفراد).

أما عن استخدام الغرف، فإن أربع أسر يستخدمون غرفتين للنوم والثالثة للمعيشة. وتستخدم أسرة غرفة للنوم وأخرى للطعام، والثالثة للمعيشة. وتخصص أسرة غرفة للنوم، وثانية لاستقبال الضيوف، والثالثة للمعيشة. وتستخدم أسرتان ثلاث غرف للنوم، والغرفة الرابعة للمعيشة.

وبصرف النظر عن نمط السكن المستقل والمشترك، في مساكن الشرائح الثلاث، فإن دورات المياه، والأحواض توجد بها مياه جارية بتوصيلات منفصلة باستثناء ثلاث أسر من الشريحة الدنيا لا توجد لديهم مياه جارية على الإطلاق حيث تشتري أسرتان المياه يومياً بالفنطاس وثمن الواحد خمسون قرشاً. وتستهلك الأسرة ما بين 2-4 فناطيس يومياً حيث يزداد الاستهلاك في حالات الاستحمام والغسيل، وتجلب الأسرة الثالثة المياه من طلمبة ملحقة بالمسكن.

ورغم وجود توصيلات المياه الجارية، إلا أنها عرضة للانقطاع بين الحين والآخر، وقد ذكرت 15 حالة أن المياه تنقطع قليلاً (7 أسر من الشريحة الدنيا، وثلاث من الوسطى، وخمس من العليا) بينما ذكرت أربع حالات أن المياه لا تنقطع (حالة من الشريحة الدنيا، واثنتان من الوسطى وحالة في العليا)، وذكرت 3 حالات أن المياه تنقطع لمدة 12 ساعة يومياً ويمكن أن يستمر انقطاعها ليوم كامل (حالتان في الشريحة الدنيا، وواحدة في الوسطى).

وفي حالة انقطاع المياه فإن الأم في كل الأسر- بمساعدة الأبناء- تقوم بتخزين المياه، إما من حنفية قريبة، أو يتم التخزين قبيل الانقطاع مباشرة من الحنفيات المستخدمة عادة (وهي في أغلب حالات الشريحة الدنيا حنفيات ملحقة بدورات مياه مشتركة). ويتم التخزين باستخدام أوعية كبيرة الحجم، ومختلفة الأشكال بعضها مصنوع من الزنك (بستلة) أو الألمنيوم (حلل كبيرة، طشت) أو من الفخار (زير)، أو من البلاستيك (طشت أو جركن). كما يتم تخزين المياه في غسالة الملابس، أو (البانيو) (في أسرتين من الشريحة العليا). وتراعي الحالات تخصيص وعاء لاستخدامات الطعام والشراب، وتخصيص آخر لاستخدامات دورة المياه، كما يخصص كوب (كوز) من الألومنيوم أو البلاستيك لكل منهما، يتم وضعه داخل الوعاء، أو فوق غطائه. ويستخدم الغطاء غالباً في حالة الأوعية المخصصة للشرب والطعام. وذلك باستخدام صينية أو قطعة خشبية. أما الأوعية المخصصة لاستخدامات دورة المياه والنظافة فهي توضع بلا غطاء أسفل السرير أو في ركن من المسكن، لذا فكثيراً ما يحدث تلوث لتلك المياه بالأتربة، وبسقوط بعض الحشرات الطائرة أو الزاحفة المنتشرة كالبعوض والذباب، والصراصير، ولا يحول ذلك دون استخدامها لأغراض النظافة. أما المياه

المخصصة للشرب فهي لا تسلم أيضاً من التلوث رغم تغطيتها غالباً، فكثيراً ما يضع أفراد العينة "الكوز" على الأرض، ثم يستخدمونه مرة أخرى بغمره في وعاء التخزين. كما أن غسل الأيدي- في كل الحالات- غير متبع قبل استخدام تلك المياه مما يساعد على مزيد من تلوثها. وإذا تبقى جزء من تلك المياه المخزنة، بعد عودة المياه، فإنها تستخدم لأغراض النظافة- غسل الأواني أو الغسيل- بينما تعبأ مياه نظيفة أخرى للشرب والطعام.

أما عن الصرف الصحي، فإن كافة المطابخ والأحواض ودورات المياه الموجودة في مساكن العينة موصلة بشبكة المجاري باستثناء حالة واحدة في الشريحة الدنيا يتم فيها نزح المجاري كل عام تقريباً، وحالة أخرى لا توجد فيها دورة مياه مطلقاً.

واستكمالاً لوصف الوحدات السكنية من الداخل، يمكن تناول ما تضمه تلك الوحدات من أجهزة منزلية. ويأتي في مقدمة تلك الأجهزة موقد الغاز حيث تمتلكه الغابية العظمى من أسر العينة، باستثناء حالة في الشريحة الدنيا، إلا أنه أحياناً يكون مشتركاً- بين أسرتين في الشريحة الدنيا وبين الأسر الممتدة في الشريحة الوسطى- وهو يستخدم غالباً لصنع الشاي والأطعمة الخفيفة. حيث يفضل استخدام مواقد الكيروسين في الطهي (القلي بصفة خاصة) وغلي المياه، اعتقاداً بأن نارها أقوى وأسرع. ويلي موقد الغاز التليفزيون وتمتلكه عشرون أسرة (8 في الشريحة الدنيا، 5 في الشريحة الوسطى، 7 في العليا)، ثم الراديو كاسيت وتمتلكه 15 أسرة (6 في الدنيا، 4 في الوسطى، 5 في العليا) وهما وسيلتا التسلية وقضاء وقت الفراغ لدى الغالية العظمى من الأسر، لذا يحتلان مكان الصدارة بالنسبة للأجهزة المنزلية.

ثم تأتي الغسالة الكهربائية وتمتلكها 13 أسرة (3 في الدنيا، 5 في الوسطى، 6 في العليا) وهي أساسية لغسل الغسيل، وتخزين المياه في بعض الحالات. ويلي ذلك الثلاجة وتمتلكها (3 في الدنيا، 3 في الوسطى، 6 في العليا) وهي تستخدم أساساً لحفظ المياه الباردة، والأدوية، والطعام. وإن كانت بعض الأسر لا تفضل طعم الطعام المحفوظ في الثلاجات حيث "يتغير طعمه". كما لا يفضلون اللحوم المجمدة، لذا يقومون بشراء حاجاتهم من اللحوم أولاً بأول. وربما يعكس ذلك اتجاهاً عاماً لعدم تخزين المواد التموينية بمختلفة نوعياتها لأن ذلك يجعلها متاحة للاستعارة من قبل الجيران، كما أنها

تمثل عبئاً اقتصادياً يحتاج إلى ميزانية خاصة، وإلى مكان للتخزين. وربما يعكس ذلك أيضاً وعي بعض الأسر بفائدة اللحوم الطازجة. وتأتي المروحة الكهربائية في آخر قائمة الأجهزة المنزلية وتملكها 8 أسر وتستخدم لتلطيف الجو في فصل الصيف.

ثانياً: خصائص عينة البحث

توضح الفقرات التالية أنه رغم بعض الاختلافات التي لمسناها في الفقرة أولاً بين السمات العامة لمساكن الشرائح الثلاث لعينة البحث ومدى صلاحيتها للسكنى، وتنوعها بين النمط المستقل والمشترك، إلا أن الأفراد في عينة البحث- رغم وجود بعض الفروق الطفيفة بين الشرائح الثلاث- في اتباعهم للقواعد الصحية العامة، قد تأثروا إلى حد كبير ببيئاتهم المحلية الشعبية التي نشأوا فيها، كما تأثروا بظروف مجتمعاتهم المحلية المتدنية في الخدمات والمرافق ومستوى النظافة العام، بحيث كان لتلك الظروف الخدمية- بصفة عامة- تأثير أقوى من باقي المتغيرات حتى خلقت نوعاً من التشابه والتقارب بين الأسر في العينة بشكل عام. فرغم وجود بعض الاختلافات في مكانات المهن كان هناك تقارباً في مستويات الأجور والتعليم- كما سبقت الإشارة في الفقرة أولاً- هذا إلى جانب التقارب في بعض الخصائص الديموجرافية، وأيضاً في الأمراض المنتشرة، وفي عدد وفيات الأطفال- وهو ما سوف نتناوله في هذه الفقرة- وأيضاً التشابه في طريقة الحياة (قضاء وقت الفراغ، ومواعيد الطعام، والنوم...إلخ) وهو ما سوف نتناوله في الفقرة ثالثاً.

ففيما يتعلق بمهن الأزواج وأجورهم، فإن المهن في الشريحة الدنيا هي جامع القمامة، وكناس، وفراش، وتاجر بيض، ومنجد، وعتال وعامل يومية (حالتان)، وعامل دوكو، وحداد. بينما الزوجات في تلك الشريحة لا تعملن، باستثناء حالة واحدة تعمل كبائعة جائلة. وتتوزع أجور الأزواج كالتالي: أقل من 100 جنيه شهرياً (اثنان)، أكثر من 150 جنيه (5 حالات)، أكثر من 200 جنيه (4 حالات).

أما مهن الأزواج في الشريحة الوسطى فهي: فراش (حالتان)، ونجار، وشيال، وبائع بصل، وسائق قطار. وتتوزع أجورهم كالتالي: أقل من 100 جنيه شهرياً (واحد)، أكثر من 150 جنيه (حالتان)، أكثر من 20 جنيه (حالتان).

أما مهن الآباء في الشريحة العليا فهي: تاجر أخشاب، مطبعجي، عامل بناء (حالتان)، نقاش، سائق، ميكانيكي (حالتان) وتتوزع أجورهم كالتالي: أقل من 100 جنيه شهرياً (حالتان)، أكثر من 150 جنيه (3 حالات)، أكثر من 200 جنيه (ثلاث حالات).

أما عن مستويات التعليم فإن الأمية تنتشر إلى حد كبير بين جيل الأزواج. فلا يوجد سوى ثلاثة من الأزواج حاصلون على الإعدادية (2 من الشريحة الدنيا، وواحد من الشريحة العليا)، وزوج واحد حاصل على دبلوم تجاري (من الشريحة العليا)، وزوجة واحدة حاصلة على الشهادة الابتدائية (شريحة عليا)، وأخرى حاصلة على دبلوم تجاري (شريحة دنيا). وتوضح تلك البيانات أنه لا توجد اختلافات واضحة في مستوى التعليم بين الشرائح الثلاث حيث تنتشر الأمية بين الذكور والإناث في جيل الأزواج. كما تعكس تلك البيانات تأثير أزمة الإسكان- على المستوى العام- التي دفعت بعض المتعلمين- نسبياً- للسكنى المشتركة. أما جيل الأبناء فأغلبهم يقع في الفئة العمرية أقل من ست سنوات. أما من هم في سن المدرسة فإنهم- غالباً- يقرأون ويكتبون فقط، ولا يوجد بين جيل الأبناء سوى اثنين حصلا على شهادة التعليم المتوسط (من الشريحتين الوسطى والعليا).

وحول بعض الخصائص الديموجرافية (حجم الأسرة، والكثافة السكانية) في عينة البحث، فقد تميزت الأسرة- بصفة عامة- بكبر الحجم الذي اتضح من خلال تتبع الفترة الزمنية بين كل طفل وآخر، وأيضاً تتبع عمر الزواج في أسر العينة. فبتتبع الفترة الزمنية بين الأطفال في العينة اتضح أنها من سنة إلى سنتين في الغالبية العظمى من الحالات (أسرتان كان الفارق بين طفلين فيها ست سنوات، وخمس أسر كان الفارق بين طفلين فيها ثلاث سنوات، بينما يستمر الفارق بين باقي الأطفال في نفس تلك الأسر بنفس معدلاته من سنة – سنتين). أما من حيث عمر الأزواج، فإن نصف الأسر في عينة البحث هي أسر حديثة عمر الزواج فيها خمس سنوات فقط ولديها من طفل إلى 3 أطفال.

وهكذا فإن عدد الأفراد في أسر العينة يختلف، حيث تضم العينة ثلاث أسر كل منها ثلاثة أفراد، وأربع أسر كل منها أربعة أفراد، وسبع اسر كل منها خمسة أفراد،

وأسرتين كل منهما ستة أفراد، وثلاث أسر كل منها سبعة أفراد، وأسرتين كل منهما ثمانية أفراد، وأسرتين كل منهما 9 أفراد، وأسرة مكونة من 10 أفراد. (انظر توزيعهم على الشرائح الثلاث في الفقرة أولاً).

وأياً كان حجم الأسرة في عينة البحث، فإن الكثافة السكانية تعد عالية في الغالبية العظمى من الوحدات السكنية، فكما سبقت الإشارة تسكن 17 أسرة (هما الشريحتان الوسطى والدنيا) كل في غرفة واحدة، أو غرفة ملحق بها صالة صغيرة في حالات قليلة.

أما عن الإصابة بالأمراض المعدية بين أسر العينة، فيأتي مرض الحصبة في مقدمة الأمراض. فقد أصيب به ثمانية (اثنان من الشريحة الدنيا، وخمسة من الوسطى، وواحد في العليا). ولاشك أن مرض الحصبة مرض غير طبقي، وإنما يمكن أن تنتقل عدواه في أي مستوى اجتماعي، كما أن التطعيم ضده يعد حديثاً نسبياً، وغير منتشر.

بعد ذلك تأتي النزلات الشعبية، وقد أصيب بها طفلان (في الشريحتين الدنيا والعليا)، ثم تأتي نزلات البرد، والمغص حيث ترى الأمهات أنها أمراض عادية يصاب بها كل الأطفال، رغم العلاقة التي يمكن أن تنشأ بين تلك الأمراض وبين التلوث بشكل عام، وتلوث المياه بشكل خاص. ومن الأمراض غير المعدية الموجودة بين أسر العينة مرض لين العظام وقد أصيب به ثلاث أطفال (اثنان في الشريحة الدنيا، وواحد في الوسطى) وهو مرض يرتبط إلى حد كبير بسوء التغذية (للطفل والأم) ونقص الكالسيوم. كما توجد حساسية الجلد (عند حالة في الشريحة الدنيا) بينما أصيب أحد عشر طفلاً من أطفال العينة بحالات إسهال شديد (3 في الشريحة الدنيا، و6 في الوسطى منهم حالة أصيبت فيها طفلة مرتين، و2 في العليا أصيب كل منهم ثلاث مرات). ولاشك أن ظروف البيئة (القذرة) والتلوث، وعدم إتباع القواعد السليمة في تخزين المياه- كما سبقت الإشارة- وتخزين الطعام (انظر الفقرة رابعاً) كلها ونجدها لها تأثيرها الواضح على إصابة الأطفال بالإسهال.

وفيما يتعلق بوفيات الأطفال، فقد توفي في الشريحة الدنيا أربعة أطفال (3 في سن أسبوع، وواحد في سن ثمانية أشهر) ولا تعرف الأمهات بالتحديد أسباب الوفاة.

كما توفيت طفلة في الشريحة الوسطى في سن أربعة أشهر حيث أصيب بالإسهال مرتين توفيت على أثرهما، وتوفي طفلان في الشريحة العليا في سن شهرين أصيب أحدهما بانسداد معوي، بينما الثاني لا تعرف الأم سبب الوفاة.

ثالثاً: بعض ملامح الحياة اليومية

بعد التعرف على السمات العامة لمجتمع البحث، ولعينة الدراسة تتناول هذه الفقرة بعض ملامح الحياة اليومية ممثلة في أوقات عمل الزوجين وتغيبهما عن الأبناء، وأوقات الفراغ عند البالغين والأطفال، وأخيراً النوم من حيث أماكنه وأوقاته.

فيما يتعلق بخروج الزوجات إلى العمل، فإنهن في جميع أسر العينة لا يرتبطن بأي أعمال خارج المسكن باستثناء حالة واحدة- في الشريحة الدنيا- تعمل بائعة جائلة، وتتغيب عن أسرتها يومياً منذ الصباح الباكر وحتى الظهيرة. أما الأزواج فخمسة منهم يتغيبون في أعمالهم حتى الخامسة أو السادسة مساء، وثمانية يتغيبون إلى الثالثة ظهراً (ثلاثة منهم يخرجون للعمل لفترات إضافية ويعودون في العاشرة مساءً)، وثلاث حالات يعملون منذ الصباح وحتى العاشر مساءً، وحالة هاجر فيها الزوج إلى العراق، وثماني حالات ليس لهم مواعيد عمل منتظمة فهم يعملون أحياناً، ويتغيبون معظم ساعات النهار بينما يمكثون أحياناً أخرى في بيوتهم مع زوجاتهم دون عمل.

وفي حالة تغيب الأب أو وجوده فإن الأم هي التي ترعى الأبناء في كل الأسر. أما في حالة تغيب الأم في العمل- حالة واحدة- فإن الابنة الكبرى هي التي ترعى أشقاءها الصغار، وترسل الطفل الرضيع لأمها في السوق لتقوم بإرضاعه. وفي باقي الحالات، وإذا اضطرت الأم للخروج في زيارة، أو إلى السوق...إلخ فهي غالباً تصطحب معها أصغر الأطفال بينما تترك الأكبر سناً في رعاية الابنة الكبرى (5 حالات) أو الجيران أو الجدة (10 حالات). وربما يعكس ذلك أهمية علاقات الجيرة في مثل تلك الأحياء الشعبية، وبصفة خاصة الجيرة القريبة مكانياً التي ساعد على تدعيمها عدة عوامل في مقدمتها تلاصق المباني، وكثرة أوقات الفراغ- للنساء بصفة خاصة- كما يعكس ذلك انتشار نمط الأسرة الممتدة- المقيمة في سكن واحد- أو الممتدة المعدلة المقيمة في مساكن منفصلة في نفس المنطقة السكنية.

أما عن كيفية قضاء أوقات الفراغ، فإن التليفزيون يحتل مكان الصدارة كوسيلة للترفيه في أسر العينة حيث تحرص الزوجات- بصفة خاصة- على متابعة المسلسلات اليومية الصباحية- والمسائية، حتى أنهن يرجئن أداء بعض أعمالهن المنزلية ليتركن فترة الظهير لمتابعة تلك المسلسلات، وكذلك فترة المساء والسهرة. ويلي التليفزيون التسامر مع الجيران، فهو نشاط أساسي لقضاء وقت الفراغ، ويصاحبه في حالات كثيرة أداء بعض الأنشطة المنزلية مثل إعداد الخضر للطهي، أو تنقية الحبوب كالأرز أو العدس.

ويقضي الأزواج أوقات فراغهم إما في أحد المقاهي القريبة (وبصفة خاصة في حالة انتظار فرص عمل) أو الجلوس في المنزل للاستمتاع بالتدخين ومشاهدة برامج التليفزيون. ويقضي الأطفال في الغالبية العظمى من أسر العينة أوقات فراغهم في اللعب في الشارع، حيث تنتشر القمامة والقاذورات والحيوانات والطيور (الحية والنافقة أحياناً) ومستنقعات المياه المتسخة المتخلفة عن المجاري أو الأمطار.

لذا فهؤلاء الأطفال ملابسهم متسخة غالباً، وشعورهم غير مرتبة، وكثيراً ما يتخلى الصغار منهم عن ملابسهم الداخلية، كما أن أيديهم ووجوههم غير نظيفة، وحفاة الأقدام في غالبية الحالات. وإن كانت تلك السمات أكثر شيوعاً في الشريحة الدنيا إلا أنها موجودة في الشريحتين المتوسطة والعليا مع بعض التحسن في مستوى النظافة في ست حالات (3 في الشريحة المتوسط، و3 في العليا). فملابس الأطفال في تلك الحالات أكثر نظافة، ولا يلعبون في الشارع إلا قليلاً، فهم يقضون أوقات فراغهم في اللعب في مداخل مساكنهم أو فوق أسطحها. ومن هنا فإن الغالبية العظمى من الأفراد- بالغون وأطفال- لا يقضون أوقات فراغهم في أماكن مفتوحة، ولا يمارسون أية أنشطة مفيدة- رياضية مثلاً- وإنما هم يحيون، ويرفهون عن أنفسهم في تلك الأماكن الخانقة، والضيقة، والملوثة غالباً.

ونستكمل صورة الحياة اليومية بالحديث عن النوم- عند أفراد عينة البحث- من حيث أماكنه ومواعيده. فأماكن النوم في حالة السكنى المشتركة- عند الشريحتين الدنيا والوسطى- تنحصر في غرفة واحة غالباً تضم سريراً وكنبة يستخدمان للنوم، كما قد يفترش الأطفال أجزاء من الأرض للنوم. وفي حالات كثيرة ينام الزوجان وثلاثة من الأطفال في فراش واحد، ويتم تنسيق ذلك بحيث ينام بعضهم رأسياً،

والبعض الآخر أفقياً. هذا ويقل الازدحام على فراش النوم في الشريحة العليا حيث تخصص أحياناً غرفة لنوم الزوجين ومعهم أصغر الأبناء، وأخرى لنوم الأبناء الأكبر سناً.

ويتسم فراش النوم في الشريحة الدنيا بأنه متسخ غالباً، وتفوح منه رائحة تبول الصغار، بينما يتحسن مستوى النظافة في الشريحتين المتوسطة والعليا، حيث تحرص بعض الزوجات في تلك الشريحتين على تغيير الفراش بصفة منتظمة، كما تحرصن على غسل الغسيل بإتقان شديد- فهو مجال للمباهاة والتفاخر بنظافته- بإضافة منظفات عديدة كالبوتاس والزهرة والليمون. ومع كل ذلك فإن قذارة البيئة نفسها لها تأثيرها الواضح على سرعة اتساخ الفراش، وكذلك المسكن والأطفال.

أما مواعيد النوم فهي ترتبط إلى حد كبير بمواعيد انتهاء الإرسال التليفزيوني، كما أنها تختلف بين فصلي الصيف والشتاء، ففي الصيف تحرص الأسرة على السهر لساعات متأخرة بعد منتصف الليل، بينما ينامون في حوالي الحادية عشرة في فصل الشتاء. ومع ذلك فإن مواعيد النوم غير منتظمة سواء للأطفال أو البالغين، وقد قيل في ذلك: "ساعة ما نطفي النور الكل بينام" "اللي يكبس عليه النوم ينام" "اللي عاوز ينام ينام".. وبالتالي فمن الشائع أن ينام أفراد الأسرة أثناء ساعات النهار، في أوقات متفرقة وغير منتظمة.

رابعاً: نظام التغذية

إذا كانت السمات العامة لمجتمع البحث، وللعينة، وللحياة اليومية تمثل كلها روافد من شأنها إلقاء الضوء على الظاهرة موضوع البحث- إصابة الأطفال والرضع بمرض الإسهال- فلاشك أن نظام التغذية بشكل عام، وتغذية الطفل بصفة عامة، وقبيل الإصابة، وعند المرض بصفة خاصة تعد روافد حيوية وهامة تلقي المزيد من الضوء على الظاهرة، وتقدم لنا محوراً جديداً للتحليل والتفسير.

1. نظام التغذية بشكل عام: يتناول هذا الجزء وجبات الطعام، ونوعيته بصفة عامة، ومكان إعداده، ومواعيد ومكان تناوله، ثم أدوات الطعام.

وتعتمد الأسر في عينة البحث على وجبة طعام أساسية واحدة ترتبط مواعيدها

بمواعيد عمل رب الأسرة، فهي في غالبية الحالات وجبة العشاء، حيث يعود الأزاوج من أعمالهم في المساء، بينما هي في بعض الحالات وجبة الغذاء. وفيما عدا تلك الوجبة يتم تناول وجبتين أو أكثر بشكل غير منتظم ودون مواعيد محددة، وفقاً لمواعيد الاستيقاظ والنوم في كل أسرة ووفقاً للرغبة في تناول الطعام "اللي يجوع ياكل".

وسوف نتناول تلك الوجبات تجاوزاً باعتبارهما تمثلان الفطور والعشاء وهما تتكونان غالباً من الفول والطعمية، والجبن الأبيض كنوعيات أساسية، ويتم جلبها جاهزة من السوق أولاً بأول. أما الوجبة الرئيسية فهي تعتمد بشكل عام أيضاً على المواد النشوية- خبز ومكرونة وأرز- إلى جانب بعض الخضروات، بينما تطهى اللحوم من مرة إلى مرتين أسبوعياً (الاثنين والخميس غالباً)، وفي باقي أيام الأسبوع يتم طهي أطعمة لا تحتوي على لحوم (خضروات ونشويات) إلى جانب الأكلات الشعبية مثل الكشري والفول والطعمية والعدس والبطاطس والباذنجان (المقلي) حيث يتم إعداد بعضها في المنزل، بينما يتم شراء بعضها الآخر معداً في السوق. ولا يرى أفراد العينة أن تلك الأطعمة يمكن أن تكون ملوثة أو مسببة لأمراض سواء للكبار أو للصغار.

أما عن أماكن إعداد الطعام وطهيه، فإن إعداد الطعام يتم في المكان الفسيح المشترك بين الغرف في حالة السكنى المشتركة، أو في الصالة في باقي الحالات. بينما يتم طهي الطعام في المطبخ- في 13 حالة- أو في الغرفة الوحيدة المخصصة للنوم والمعيشة- 11 حالة في حالة السكنى المشتركة- بينما تقوم الأم في أسرة واحدة بتجهيز وطهي الطعام في محل ملك لزوجها على ناصية الشارع الذي تسكن فيه.

أما عن مواعيد طهي الطعام وتناوله، فإن طهي الطعام يكون ظهراً في الغالبية من الحالات، بينما ترتبط مواعيد الوجبات الرئيسية كما سبقت الإشارة بمواعيد عمل رب الأسرة، فإذا كان موظفاً مرتبطاً بمواعيد عمل رسمية فإن الفطور يكون في الصباح الباكر، والغداء- الوجبة الرئيسية في هذه الحالة- في حوالي الثالثة بعد عودته من عمله وعودة الأبناء من المدرسة، بينما يكون العشاء فيه بين 9، 10 مساء. أما إذا كان الزوج يعمل طوال النهار دون التزام بمواعيد عمل رسمية وهو ما يحدث في غالبية الحالات فإن الوجبة الأساسية تكون العشاء، بينما يتم تناول وجبات من الفول والطعمية والجبن، أو وجبات من اليوم السابق على فترات متفرقة دون التزام بمواعيد

محددة، في انتظار وجبة العشاء الرئيسية. وسواء كانت الوجبة الرئيسية هي الغذاء أو العشاء فإنه غالباً ما يحصل الزوج على نصيب أكبر من اللحوم، الزوجة توصي بالزوج لأنه شقيان. ويتم تناول الطعام على الطبلية في غالبة الأسر (أسرتان تستخدمان المنضدة). ويأكل الجميع في طبق واحد يوضع في منتصف الطبلية، ويتم ملؤه كلما فرغ، فيما عدا أسرتان ضمن الشريحة العليا تغرف كل منهما الطعام في أطباق منفصلة لكل فرد. ويستخدم أفراد الأسرة أيديهم (أصابعهم) في تناول الطعام، ويستخدمون الملاعق لتناول الشوربة أو الأرز والمكرونة. ويتم توزيع الطعام في غالبية الحالات بواسطة الأم، أو الجدة في حالة إقامتها مع الأسرة، وأسرة واحدة يقوم الحمو فيها بتوزيع اللحوم على أفراد الأسرة.

أما عن أدوات الطعام فتمتلك كل أسرة عدداً من الحلل المصنوعة من الألمنيوم، وعدد من الأطباق المصنوعة من الألمنيوم أو البلاستيك أو الميلامين- في بعض أسر الشريحة العليا-، وأكواب زجاجية، وملاعق مصنوعة من الألمنيوم. ورغم انخفاض مستوى النظافة بشكل عام- في المسكن والبيئة- إلا أن هناك اهتماماً نسبياً بنظافة أواني الطعام، حيث يستخدم سلك الألمنيوم أو الرمل (قليلاً)، والصابون في جعل الأواني لامعة نظيفة (غالباً)، حتى أنها تعد مجالاً للتباهي والتفاخر بين الجارات. ومع ذلك فهم يقومون بشطفها في أحوال كثيرة من مياه تجلب من دورات المياه (القذرة) أو من مياه مخزنة، مع عدم توافر الشروط الصحية اللازمة للتخزين.

2. تغذية الطفل: سبقت الإشارة إلى أنه رغم وجود اختلافات في صلاحية مساكن العينة كمكان للحياة، إلا أن تأثيرات البيئة المحلية، وظروف النشأة الاجتماعية، والثقافة الشعبية، والخدمات والمرافق العامة قد فرضت نوعاً من التشابه بين الشرائح الثلاث في أسلوب المعيشة، وفي إتباع قواعد النظافة والصحة العامة. لذا سوف يتم تناول نظام تغذية الطفل في تلك الطبقة (الدنيا) بشكل عام، مع الاهتمام بعلاقة سن الطفل بنوعية الطعام المقدم له، وذلك في مجالات الرضاعة الطبيعية، والخارجية، والأطعمة الخفيفة، والعادية- التي يتناولها الكبار- وتخزين كل منهما.

والجدير بالذكر أن أطفال العينة يمكن تقسيمهم وفقاً لمتغيري السن ونوع الغذاء إلى ثلاث مجموعات:

(أ) أطفال تتراوح أعمارهم بين 3-7 أشهر، وعددهم 12 طفل (واحد في سن ثلاثة أشهر، وآخر خمسة أشهر، وسبعة أطفال سن كل منهم ستة أشهر، وثلاثة سن كل منهم سبعة أشهر) وهم جميعاً مازالوا يرضعون ثدي الأم، كما أنهم يتناولون السوائل والأطعمة الخفيفة.

(ب) أطفال تتراوح أعمارهم بين 9-18 شهراً، وعددهم 8 أطفال، وكلهم مازالوا يرضعون ثدي الأم كما أنهم يتناولون الأطعمة الخفيفة والعادية (أطعمة الكبار).

(ج) أطفال تتراوح أعمارهم بين 11-24 شهراً، وعددهم 5 أطفال، سبق لهم جميعاً الرضاعة من ثدي الأم، بينما توقفوا عن الرضاعة حالياً (توقف اثنان منهم في سن 4، 6 أشهر، أحدهما بسبب انفصال الزوجين وضم الطفل لأبيه لفترة، والثاني بسبب قلة لبن الأم. أما الباقون فقد توقفت الرضاعة بين سنة وسنة ونصف) لذا يتناول الأطفال في هذه المجموعة ما تتناوله الأسرة من طعام.

ويتضح من المجموعات الثلاث السابقة أن جميع الأطفال في أسرة العينة قد رضعوا رضاعة طبيعية، بدأت عقب الميلاد مباشرة (لبن السرسوب) باستثناء حالة واحدة عمر الطفل فيها ثلاثة أشهر، حيث لم تستطيع الأم إرضاع طفلها على الإطلاق بسبب الحسد فقد أصابتها عين جارتها، لأن اللبن كان غزيراً، فلم يقبل الطفل على الرضاعة.

والجدير بالذكر أن الاتجاه إلى تفضيل الرضاعة الطبيعية يتأثر في غالبية الحالات ببعض العوامل الاقتصادية، في مقدمتها تحاشي تكاليف ألبان الأطفال وتحاشي عدم توافرها في الأسواق- أحياناً- ومع ذلك تظل الرضاعة الطبيعية هي الطريقة المفضلة- أياً كان سبب التفضيل- والمأمونة في نفس الوقت. فعلى الرغم من أن عملية الإرضاع نفسها تبتعد فيها الأمهات عن الالتزام بقواعد النظافة، حيث أثبتت الملاحظة أن الأمهات جميعاً لا تقمن بتنظيف الثدي قبيل أو بعد الإرضاع، رغم ذكر ذلك خلال أحاديثهن وعند سؤالهن بطريقة مباشرة. إلا أنه رغم ذلك تظل الرضاعة الطبيعية هي

أكثر طرق التغذية أماناً، ويدلل على ذلك حالة الطفل الذي أصيب بالإسهال في سن ثلاثة أشهر، حيث أنه الطفل الوحيد الذي أصيب في تلك السن الصغيرة، كما أنه الطفل الوحيد الذي لم يرضع رضاعة طبيعية. كما يؤكد ذلك أيضاً زيادة عدد الأطفال المصابون بالإسهال في سن ستة أشهر، حيث تبدأ الأمهات في تلك السن إطعام أطفالهن أطعمة خارجية- تتأثر بقذارة البيئة- في نفس الوقت الذي تقل فيه المناعة الطبيعية للطفل.

أما عن الرضاعة الخارجية، فإن ثمانية من أطفال العينة يستخدمون زجاجة الرضاعة، أولهم الطفل- الوحيد- الذي لم يرضع رضاعة طبيعية مطلقاً. ويتم إعداد الرضعة له بغلي المياه في وعاء مصنوع من الألمنيوم، وتركها حتى تصبح دافئة فيضاف ثلاثة مكاييل من حليب الأطفال المجفف (بيبيلاك 1) على الكمية المقررة من الماء. ولا يتم غلي زجاجة الرضاعة، بينما تغلي الحلمة البلاستيك. وتقوم الجدة أو الأم- التي تعد الرضعة- باختبار درجة حرارتها بوضع قطرات منها في فمها أو لمسها بيدها.

أما باقي الحالات وعددها سبعة، فإن الأمهات يستخدمن زجاجة الرضاعة- إلى جانب الرضاعة الطبيعية- لإرضاع أطفالهن مياه الأعشاب المغلية (ينسون، كراوية)- 3 أطفال أعمارهم 6، 7 أشهر، أو حليب- حالة واحدة عمر الطفل سنة-، أو حليباً مخففاً بماء- حالة واحدة عمر الطفل ستة أشهر-، أو حليباً مخففاً بماء ونشا- حالة واحدة عمر الطفل سبعة أشهر، أو حليباً مضافاً إليه بيضة- حالة واحدة عمر الطفل 11 شهراً، حيث كان ذلك بناء على نصيحة الطبيب لأن الطفلة مصابة بلين عظام، ولا تستطيع الحبو أو السير، ومع ذلك فنادراً ما تقدم لها تلك الوجبة، فكلما اشترت الأم حليباً للطفلة طلبه للشرب أبناء زوجها الأطفال، وإذا منعتهم عن شربه، شكوا لأبيهم الذي ينهرها بشدة أو يضربها. وربما يعكس ذلك تأثير الحالة الاقتصادية والوعي الصحي للحالات على نوعيات الغذاء المقدم للطفل والذي قد يتسبب في إصابتهم بسوء التغذية، وببعض الأمراض. فمستويات الدخل المحدودة إلى جانب ارتفاع أسعار المواد الغذائية جعل الأمهات تنظرن إلى الحليب الطازج أو المجفف باعتباره وجبة مكلفة يصعب توفيرها للطفل بصفة مستمرة. لذا تفضل الأمهات الرضاعة الطبيعية، أو خلط الحليب بمواد أخرى أرخص ثمناً. وقد خلق ذلك الوضع

أيضاً أيديولوجية جعلت الأمهات يعتقدن ويرددن أن الأطعمة الروتينية غالية الثمن كاللبن والبيض- لدى بعض الحالات- تتسبب في إصابة الأطفال بالحساسية، بينما أطعمة أخرى أرخص ثمناً- كالفول مثلاً- مغذية ومفيدة.

والجدير بالذكر أن الأمهات لا يراعين قواعد النظافة أثناء استخدام زجاجات الرضاعة، فلا يتم غليها في غالبية الحالات، كما أنها تترك عرضة للذباب الموجود بكثرة، بل أن إحدى الأمهات كانت تستخدم زجاجة المرطبات وتضع عليها حلمة من البلاستيك لإطعام طفلها، وكانت أخرى تغليها ثم تختبر حرارة ما بها بفمها أو يدها، إلا أنه لم يحدث أن تبادلت الجارات زجاجات الرضاعة بين أطفالهن، وإنما يمكن تبادلها بين الأشقاء في نفس الأسرة في بعض الحالات.

أما عن السوائل والأطعمة الخفيفة التي يتناولها الأطفال من 3-7 أشهر فهي الليموناده، والسفن أب، والشاي بحليب (معه بسكوت أحياناً) والينسون والكراوية، وعصير القصب، والحليب (المخفف بالماء) أو بالماء والنشا، أو بالكراوية، والزبادي، والشوربة، والخضر المسلوقة (بطاطس، كوسة، بطاطا) والمهلبية، والفول المدمس. وبالنسبة لتخزين تلك الأطعمة فهي في حالة السوائل فإنه لا يتم تخزينها، ولكنها تعد أولاً بأول. أما باقي الأطعمة كالخضر المسلوقة فتقوم 5 أسر بتخزين ما تبقى من الطفل، أسرتان يتم التخزين في الثلاجة لمدة تصل إلى ثلاثة أيام، وأسرة تخزن في ثلاجة الجيران، وأخرى في ثلاجة المرطبات الملحقة بمحل طعمية خاص بهم وقريب من المسكن، وأسرة أخيرة تترك ما تبقى من الطعام في جو الغرفة، وتغليه من حين إلى آخر). ثم هناك أسرتان لا تخزنان الطعام، الأولى تعطي ما تبقى من الطفل لشقيقه الأكبر، والثانية تأكل الأم ما تبقى من الطفل- تبعاً لنصيحة الزوج- بألا تخزن طعام الطفل. أما بقية الحالات- 4 أسر- فتقوم بإعداد تلك الأطعمة أولاً بأول.

ويتناول الأطفال الأكبر سناً، الطعام الذي تتناوله الأسرة بشكل عام والذي يعتمد كما سبقت الإشارة على النشويات، والخضروات المطهوة، وأيضاً الفول والطعمية والكشري...إلخ، وبعض اللحوم والأسماك. ويتم تخزين تلك الأطعمة وفقاً لنوعية الطعام. فإذا كان طعاماً جاهزاً- من السوق- مثل الفول والطعمية، فإنها تشتري أولاً بأول وفقاً للحاجة، وبالتالي لا يتم تخزينها. أما في حالة الطعام المطهي

فيفضل التخزين في الثلاجة (في 14 أسرة)، وفي حالة عدم وجودها يتم التخزين في الغرفة (3 أسر تخزن أسفل السرير، و3 أسر تخزن في فرن البوتاجاز، و3 أسر تخزن في الهواء الطلق)، بينما تقوم أسرتان بإعداد الطعام أولاً بأول، حيث هناك اتجاه إلى عدم تفضيل الطعام "البايت"، كما أن كبر حجم الأسرة لا يسمح في حالات كثيرة بوجود فائض طعام. وتقوم الأمهات أثناء تخزين الطعام بغليه من حين إلى آخر، وإذا اكتشفت إحداهن قرب فساده فإنها تسرع- غالباً- بغليه، وإضافة بعض الملح والفلفل- في 3 أسر- لتحسين مذاقه، ولا يلقين بالطعام إلا إذا تأكد فساده بالفعل. ومع ذلك فإن الأطفال في بعض الحالات، وأثناء وجود الباحثات قاموا بجذب الطعام من مكان التخزين، وتناولوه دون أن تتأكد الأمهات في تلك الحالات من صلاحية الطعام للأكل.

3. تغذية الطفل قبيل وبعد الإصابة بالمرض: يشعر الأطفال من كافة الأعمار بحالة من فقدان الشهية قبيل الإصابة بالإسهال، لذا تقل كمية الطعام في غالبية الحالات، وتتحول إلى الأطعمة الخفيفة- في بعض الحالات- بطريقة تلقائية ودون تدخل من الأم. ونظراً لأن التغذية تتم في المجموعة الأولى (3-7 أشهر) من خلال الرضاعة الطبيعية- باستثناء حالة واحدة- وبعض السوائل والأطعمة الخفيفة، فإن الأطعمة التي يتناولها هؤلاء قبيل الإصابة لا تخرج عن تلك المكونات غالباً.

وعند الإصابة بالمرض لم تغير خمس حالات الطعام بينما غيرت ست حالات من غذاء أطفالهن (حالة أعطيت فيها الأم للطفل قبيل الإصابة أرزاً مفلفلاً في المساء، وعمره سبعة أشهر، لذا قامت بعد الإصابة بإعطائه عصير الليمون وبطاطس مسلوقة، ودواء للإسهال، وماء بسكر "الميه بسكر تسطل العيّل وتخليه ينام، وتشبعه، وتمنع عنه الإسهال". وغيرت حالة طعام الطفل بأن أعطته ماء ونشا وليمون، ودواء للإسهال بناء على نصيحة الصيدلي. ولم يتحسن الطفل فلجأت الأم للمركز حيث نصحها الطبيب هناك بإعطاء الطفل زبادي، ومحلول معالجة الجفاف إلى أن تحسنت صحة الطفل. وأعطت حالتان لطفليهما زبادي، وماء أرز، وفول مدمس مقشر بناء على نصيحة طبيب المركز، ومنعت حالتان كل الأطعمة الخفيفة، واستمرت في الرضاعة الطبيعية

فقط (إحداهن دون استشارة أحد، وحتى لا يزداد الإسهال، والثانية بناء على نصيحة طبيبة زارته قبل زيارة المركز، ولم يحدث تحسن في الحالتين فلجأن إلى المركز حيث بدأ التحسن تدريجياً).

أما في حالة الأطفال الأكبر سناً (من 9 شهور إلى سنتين) في المجموعتين- التي يرضع ولا يرضع فيها الأطفال رضاعة طبيعية- فإنهم يتناولون الأطعمة المعتادة- التي يتناولها الكبار- وبالتالي لم يحدث تغيير في طعامهم قبيل الإصابة سوى نقص- طبيعي- في كمية الطعام. وبعد الإصابة فإن أربعة حالات فقط قامت فيها الأم بتغيير نوعيات الطعام، بينما لم تغير عشر حالات من طعام أطفالهن. وقد تم التغيير في الحالات الأربعة بالتحول إلى الأطعمة الخفيفة كالليموناده، والمهلبية والخضر المسلوقة، والفول المدس المقشر والزبادي، بأي كمية، ووفقاً لرغبة الطفل. وقد غيرت الأم طعام الطفل في حالتين من نفسها، وفي حالتين بناء على نصيحة طبيب المركز، وفي حالة بناء على نصيحة طبيب تمت زيارته قبل زيارة المركز.

والجدير بالذكر أن طبيب المركز لم يهتم في بعض الحالات بإرشاد الأم إلى تغيير نوعيات الطعام إطلاقاً، واكتفي في حالات أخرى بنصيحة تتلخص في الاهتمام بتغذية الطفل دون التقيد بنوعيات محددة من الطعام، ويعبر ذلك عن نظرة طبية ترى أن مضاعفات الإسهال أخف وطأة من مضاعفات سوء التغذية. ومع ذلك فنصيحة الطبيب يمكن أن تكون بالغة التأثير، حيث تنتمي أسر العينة إلى مستوى طبقي- متدن- وبالتالي فكثير من الأمهات ينقصهن الوعي الصحي فيما يتعلق بالأطعمة المناسبة للطفل في مثل تلك الحالات. فقد لاحظت الباحثات في مرات عديدة إطعام الأم لطفلها- أثناء زيارة المركز- بعض الحلوى المكشوفة (موز، حلاوة، مصاصة)، أو إطعامه- في منزلها- بعض الأطعمة والحلوى المكشوفة مثل أنواع من الفطائر، والآيس كريم الذي يصنع في تلك المناطق بطريقة خاصة تبعد عن القواعد الصحية الضرورية مثل إضافة ألوان مختلفة أو أن تكون تلك الأطعمة غير مغلفة وبالتالي تتعرض للتلوث من الذباب والأتربة الموجودة في تلك الأحياء.

خامساً: تاريخ المرض

تتناول هذه الفقرة تاريخ الإصابة بالمرض وسرعة اللجوء إلى المركز للعلاج، ونظرة الأمهات إلى الإسهال كمرض، والأعراض المصاحبة له، ثم مدى تكرار الإصابة به.

فقد ارتبطت سرعة أو بطء اللجوء إلى المركز بعد الإصابة بسرعة توقف الإسهال- حيث توقفت حالة الإسهال في نفس يوم زيارة المركز- أو خلال يومين- في الحالات التي لجأت فيها الأم بالطفل يوم الإصابة (ليلتها)- 15 حالة- بينما استمرت حالة الإسهال (من 3-7 أيام) في الحالات العشرة التي تأخرت فيها الأم في اللجوء إلى المركز ما بين يومين إلى أسبوع (حالتان جاءت فيها الأم بطفلها بعد الإصابة بيومين وحالتان بعد الإصابة بثلاثة أيام، وحالتان بعد أربعة أيام، وحالتان بعد خمسة أيام، وحالة بعد ستة أيام، وأخرى بعد سبعة أيام). (لمزيد من التفاصيل انظر الفقرة سادساً حول مجرى العلاج)

والجدير بالذكر أن غالبية الأمهات تزعجهن بعض الأعراض المصاحبة للإسهال أكثر مما يزعجهن الإسهال نفسه، حتى أن تلك الأعراض هي السبب الرئيسي في لجوئهن إلى المركز للعلاج. وقد يعكس ذلك نظرة هؤلاء إلى مرض الإسهال باعتباره مرضاً ليس خطيراً، ولكنه يمكن أن يكون مصاحباً لبعض العمليات الطبيعية مثل التسنين، أو أكل نوع من الطعام يسبب ليونة كما أنه يصيب كل الأطفال.

وأكثر الأعراض المصاحبة للإسهال انتشاراً بين أفراد العينة هي القيء (13 حالة)، وارتفاع درجة الحرارة (11 حالة)، والسعال (6 حالات)، وضعف القدرة على الحركة أو "الهمدان" (4 حالات)، والبكاء المستمر أو "القريفة" (3 حالات)، واصفرار البشرة (حالتان)، وزوغان نظرة العين (حالتان)، ورفض الرضاعة (حالة)، وسيلان اللعاب (حالة). هذا ويمكن أن تصاحب حالة الإسهال أكثر من واحد من تلك الأعراض.

وقد تأكدت الأمهات في العينة من إصابة أطفالهن بالإسهال نتيجة لبعض الخصائص التي ارتبطت ببراز الطفل مثل الليونة الشديدة "زي المية"، وتحوله من اللون

الأصفر إلى الأخضر، وتحوله للشكل المخاطي، ورائحته الكريهة، وإن لم تذكر الخاصية الأخيرة سوى أم واحدة. وربما يرجع ذلك إلى أن انتشار القاذورات والروائح الكريهة (مجاري وقمامة) في تلك البيئات المحلية الفقيرة بشكل عام جعل هناك نوعاً من التكيف مع مثل تلك الروائح، وبالتالي صعوبة التنبه لها وملاحظتها.

أما فيما يتعلق بتكرار إصابة الطفل بالإسهال فقد ذكرت (12 حالة) أنها المرة الأولى التي يصاب فيها الطفل بالإسهال، كما أنها المرة الأولى التي لجأوا فيها إلى المركز. وقد اتضح في غالبية تلك الحالات أن الطفل قد أصيب من قبل بحالات إسهال، وأن الأم لم تلجأ إلى المركز إلا عندما ارتبط الإسهال بأحد الأعراض التي سبقت الإشارة إليها أو بعضها. بينما ذكرت تسع حالات أنه سبق إصابة الطفل مرة واحدة من قبل. وقد ذكرت الأمهات في تلك الحالات أيضاً المرة التي صاحب فيها الإسهال أعراض أخرى اضطرتهن إلى اللجوء إلى المركز أو غيره من الوحدات العلاجية. هذا وقد بلغ عدد الحالات التي تكرر فيها الإسهال ثلاث مرات 4 حالات اتسم فيها الأطفال بالضعف العام الشديد.

سادساً: سلوك الأم نحو المرض ومجرى العلاج

ينقسم الحديث في هذه الفقرة إلى ثلاثة أجزاء، حيث يشمل الجزء الأول منها سلوك الأم نحو مرض الإسهال من حيث أسباب الإصابة، ومدى خطورته كمرض، وطرق علاجه. بينما يتناول الجزء الثاني المحلول من حيث الاقتناع بجدواه، والتي تنعكس في مدى استخدامه قبل زيارة المركز وأثناء الزيارة، وبعدها، وفي اتجاه الأم نحوه كما يضم هذا الجزء قواعد تحضير وتناول المحلول. أما الجزء الثالث فيتناول المركز من حيث التردد عليه، ومقدمو النصيحة بزيارته، ومميزات وعيوب المركز من وجهة نظر الأمهات، ثم مدى كفاية ما يقدمه من خدمات.

1. سلوك الأم نحو المرض: تتنوع أسباب إصابة الطفل بالإسهال من وجهات نظر الأمهات، وهي تعكس في الغالب أن مسبباته الحقيقية مجهولة، وبالتالي ترجع الأمهات المرض إلى أسباب ترتبط - غالباً - بالمعتقد الشعبي. فكثير من الأمهات تعتقدن أن الإسهال يتم نتيجة للحسد. وإن كان أغلب هؤلاء لا يصرحن بذلك

(صرحت به حالتان فقط) إلا أنه اتضح من المقابلات المتعمقة مع الأمهات أنه في مقدمة مسببات الإسهال. والحسد يمكن أن يكون موجهاً للطفل نفسه، وبصفة خاصة إذا تميز بخصائص مميزة مثل جمال الشكل، أو القدرة المبكرة على السير، والكلام، وكبر حجم جسمه. كما يمكن للحسد أن يكون موجهاً إلى طعام الطفل- إذا تناوله أمام شخص حسود بكميات كبيرة- وعبرت عن ذلك إحدى الأمهات بقولها "حد نظر في أكلها".

وكذلك رأت بعض الأمهات أن المرض يأتي "من عند ربنا" (6 حالات) وهو ما يؤكد أيضاً أن السبب العلمي غير واضح. بينما رأت بعض الأمهات أن السبب هو التسنين (5 حالات). فبعد محاولات الأمهات علاج أطفالهن من المرض، اكتشفوا ظهور أسنان جديدة للطفل. وأرجعت بعض الأمهات الإصابة إلى البرد (4 حالات). والبرد يعني الطقس البارد، أو استحمام الطفل بماء بارد، أو شرب ماء بارد، بينما رأت حالة واحدة أنه نتيجة للحر.

ورأت بعض الحالات (3 حالات) أن الإصابة ترجع إلى عوامل ترتبط بالطعام، فيمكن للمعدة أن تمل نوعية معينة من الطعام "المعدة زهقت" مثل اللبن بكراوية. كما يمكن أن يكون الطعام الملوث "مشي عليه ذباب"، أو الطعام الدسم "أكل ملوخية دسمة" هو السبب (حالة).

كما ربطت بعض الأمهات بين عوامل ترتبط بالأم، وتسبب الإسهال. فقد تؤدي صحة الأم الضعيفة أثناء الحمل إلى ضعف في صحة المولود، وبالتالي فهو دائماً "عيان" (حالة) كما يمكن أن تؤثر حالة الأم النفسية أثناء الرضاعة الطبيعية في حدوث المرض (حالة واحدة) فإذا "نكد" عليها زوجها ثم أرضعت الطفل فإنه يصاب بالإسهال أو بأي مرض آخر نتيجة "تكدر" الدم، وبالتالي اللبن. كما أرجعت إحدى الأمهات الإصابة إلى كثرة تناولها للماء البارد أثناء الحمل.

وحول خطورة المرض من وجهة نظر الأم، فإنها تختلف ما بين النظرة للمرض نفسه باعتباره خطيراً، أو أن مضاعفاته هي التي تشكل خطورة، أو أن الأعراض المصاحبة له هي الخطيرة، بينما لا تعرف بعض الأمهات ما إذا كان مرضاً خطير أم لا.

ويتضح ذلك في الفقرات التالية:

فقد رأت بعض الحالات (5 حالات) أنه مرض خطير- في ذاته- "لأنه بيضعف العيّل"، "بينضف الميه من جسم العيّل"، "بيهد الحيل". بينما رأت بعض الحالات (8 حالات) أنه ليس مرضاً خطيراً، وإنما تكمن خطورته في مضاعفاته "ممكن يقلب حاجة جامدة" أو "وحشة"، أو "حاجة ثانية"، (المقصود هنا الجفاف) إذا أهمل العلاج، واستمر الإسهال، وتكرر لعدة أيام. لذا فقد انزعجت بعض الأمهات في تلك المجموعة (حالتان) حيث جئن لزيارة عيادة الأطفال، فتم تحويلهن إلى مركز علاج الجفاف، وهم يرون أن حالة أطفالهن "إسهال فقط" وبالتالي انتابتهن حالة من القلق والفزع. وقد أثر على ذلك الوضع بشكل واضح الدعاية التليفزيونية التي تصور حالة الطفل المصاب بالجفاف، والتي كان لها دورها في تمييز الأمهات في تلك المجموعة بين الإصابة بالإسهال والجفاف.

ورأت بعض الحالات (8 حالات) أنه ليس مرضاً خطيراً، طالما أن له علاج، ويتم شفاؤه، كما أنه يصيب كل الأطفال. وإنما الخطير في رأي هؤلاء يكمن في الأعراض المصاحبة للإسهال مثل السعال، وارتفاع الحرارة، وقد ذكرت إحدى الأمهات عن ابنتها "اللي باقي منها حيخليها بني أدمه".. هذا بينما ذكرت بعض الحالات (4 حالات) أنهن لا يعرفن مدى خطورته، وما إذا كان مرضاً خطيراً أم لا.

أما عن طرق علاج الإسهال، فإن الأمهات في عينة البحث ترغبن في علاج يأتي بنتائج فورية، ويرون أن الدواء المناسب يجب أن يأتي بنتائجه منذ تناول الملعقة الأولى. لذا فإن أمهات كثيرات (15 حالة) قمن بمحاولاتهن علاج أطفالهن خلال الساعات الأولى من الإصابة، ثم لجأن إلى المركز مباشرة وبسرعة. بينما تنوعت المحاولات في باقي الحالات بين الوصفات المنزلية، والتردد على مؤسسات علاجية أخرى على فترات مختلفة وصلت إلى أسبوع كامل. هذا، ويمكن عرض تفضيل الأمهات لبعض طرق العلاج- من خلال أقوالهن- فيما يلي:

فقد رأت 10 أمهات أنه يجب اللجوء إلى الطبيب- في عيادة خاصة أو طبيب المستشفى أو المركز- لأنه أدري بتقديم العلاج المفيد. ومع ذلك لم تذهب إلى الطبيب

مباشرة سوى حالتين فقط. ويشير ذلك إلى الفارق بين النمط المثالي للسلوك (ما ينبغي أن يكون) وبين النمط الواقعي (ما يتم بالفعل). بينما رأت بعض الحالات (خمسة) أنه يمكن استخدام دواء سبق استخدامه، وقد استخدمت أربعة من تلك الحالات أدوية لعلاج النزلات الشعبية لعلاج الإسهال. بينما أعربت سبع حالات عن تفضيلهن استشارة الصيدلي الذي يقدم غالباً أقراص أنتروفيوفروم، وحقنة نوفالجين. بينما أكدت خمس حالات على جدوى المحلول في العلاج، وأكدت حالتان على جدوى الشاي "الثقيل"، وأربع حالات على النشا المذاب في ماء ومضاف إليه قطرات من عصير الليمون، وخمس حالات رأت جدوى الماء بسكر، بينما أكدت حالة على جدوى كل من الكمون المغلي، والنعناع، والكراوية، والبطاطس المسلوقة، والكمادات.

هذا، ويمكن ذكر الخطوات التفصيلية للعلاج في كل حالات العينة، حيث مرت كل حالة- غالباً- بمحاولة أو أكثر للعلاج يمكن إيجازها فيما يلي:

- حالتان منعت فيهما الأم كل السوائل والأطعمة الخفيفة، واكتفت كل منهن بالرضاعة الطبيعية حتى وصلت إلى المركز.
- حالتان استخدمت الأم فيها ماء ونشا، ثم أعطت الطفل حقنة نوفالجين وصفها الصيدلي.
- حالة استخدم الأم شاي "ثقيل" و"برشامة" وصفها الصيدلي.
- 4 حالات استخدمن دواء سبق استخدامه لعلاج النزلة الشعبية.
- حالة استخدمت نشا مذاباً في ماء وليمون، ثم ماء وسكر.
- حالة استخدمت الكمون المغلي، ثم توجهت بالطفل إلى مستوصف قريب.
- حالة اتبعت وصفة الصيدلي، ثم توجهت إلى مستوصف قريب.
- حالة استخدمت ماء بسكر، ثم نعناع مغلي، ثم كراوية.
- حالتان استخدمت الأم ماء ونشا فقط.
- حالة استخدمت فيها الأم ماء بسكر، ثم بطاطس مسلوقة.
- حالة استخدمت الشاي "الثقيل" ثم "برشامة" وصفها الصيدلي.
- حالة استخدمت الأم الكمادات لتخفيض حرارة الطفل، ثم "برشامة" وصفها الصيدلي.

- حالة استخدمت المحلول.
- حالتان استخدمت فيهما الأم برشامة وصفها الصيدلي ثم توجهن إلى مستشفى سيد جلال.
- حالة استخدمت فيها الأم المحلول ثم توجهت إلى مستشفى أبوالريش، ثم استخدمت المحلول، وخافض للحرارة ومضاد حيوي إلى جانب المحلول، ثم توجهت إلى مستشفى أبوالريش مرة ثانية، ثم المركز.
- حالتان استخدمت فيها الأم ماء بسكر ثم المحلول.
- حالة استخدمت فيها الأم المحلول، ثم دواء سبق استخدامه.

وإذا كان العرض السابق يوضح محاولات العلاج المختلفة، والتي انتهت جميعها بزيارة المركز، فإن تتبع الحالات بعد زيارة المركز أوضحت أنه ليس نهاية طريق العلاج في بعض الحالات. فقد لجأت أربع حالات- لم يشفي فيها الطفل فوراً- إلى مؤسسات علاجية أخرى، حيث لجأت إحداهن إلى عيادة طبيب خاص (في حي الشرابية) يرسل مندوبين- اثنين- لتفقد الأهالي، وحجز تذاكر العلاج (التذكرة بخمسين قرشاً) بينما لجأت الحالات الثلاث المتبقية إلى عيادات تابعة للمساجد والكنائس القريبة من مساكنهم.

واستكمالاً لطرق العلاج المتبعة، وانطلاقاً من أهمية محلول معالجة الجفاف في علاج الأطفال المصابين بالإسهال، كان لابد من إفراد جزء خاص به يتناول جدوله وقواعد تحضيره وتناوله.

2. حلول معالجة الجفاف: تشير دراسة الحالات إلى أن الاقتناع بفائدة المحلول، وجدواه في العلاج مازالت محدودة. وينعكس ذلك في عدد المقبلين على استخدامه قبيل اللجوء إلى المركز، وأثناء وبعد الزيارة، وأيضاً في اتجاه الأمهات إلى استخدامه في المستقبل إذا ما أصيب الطفل بالإسهال مرة أخرى. فلم تعط الأمهات المحلول لأطفالهن قبل المجيء إلى المركز في الغالبية من الحالات (19 حالة) ورغبت حالة واحدة في إعطاء ابنها المحلول، إلا أنه كان غير متوافر بالصيدليات، فلجأت إلى المركز، بينما استخدمته خمسة أمهات (فقد استخدمه

ثلاث أمهات قبل المجيء للمركز بيوم حيث تناول الطفل ما بين نصف وثلاثة أرباع الكوب، واستخدمته أم واحدة قبيل اللجوء للمركز بليلة حيث تناول الطفل نصف الكوب، بينما استخدمته أم أخرى قبل اللجوء للمركز بساعة واحدة حيث تناول الطفل ثلاث ملاعق فقط، وقد قمن باستخدامه لأنهن سمعن عن جدواه من الناس والإعلانات. بينما لجأت واحدة فقط لاستخدامه لأنها سبق وجربته عند إصابة شقيق الطفل المريض، وأخرى سبق لها استخدامه مع نفس الطفل المريض.

أما أثناء زيارة المركز، فقد أعطت الأمهات (17 حالة) المحلول لأطفالهن بكميات تتراوح بين نصف وأربعة أكواب. والجدير بالذكر أن الأم تستجيب غالباً لرغبة الطفل، فإذا أقبل على شرب المحلول لإحساسه بالحاجة إلى السوائل فإنها تعطيه له بكميات وصلت إلى أربعة أكواب كما سبقت الإشارة. بينما في حالة رفض الطفل للمحلول فإن الأم تتباطأ في إعطائه للطفل، انتظاراً للسماح لها بمغادرة المركز، وصرف دواء (مجاناً) لعلاج الحالة. هذا بينما رفض الأطفال في الحالات الأخرى (8 حالات) المحلول، ولم تعطه لهم الأم في المركز، وإن كن يتظاهرن بإعطائه للطفل حتى يؤذن لهن بمغادرة المركز.

أما بعد مغادرة المركز فقد ذكرت تسع أمهات أنه علاج جيد، وبذلك زاد عدد القائلات بجدوى المحلول 3 أمهات، وقد تمثلت جدواه عندهم في كونه علاجاً جيداً ورخيصاً ويمنع الإسهال (حالة)، "ويحمي من الجفاف ويعوض الجسم اللي راح منه والعيال كلها بتاخده" (حالة)، ولأنه سبق تجربته (حالتان)، كما ساعد على تحسن صحة الطفل (4 حالات)، ويقتل الميكروبات ويفتح شهية الطفل (حالة). هذا، بينما ذكرت أربع أمهات أنه علاج جيد "لأن الدكتور عايز كده"، ويعكس ذلك عدم الاقتناع الكامل بالمحلول.

ومن هنا، استخدمت نصف الأمهات في عينة البحث- 13 أم- المحلول بعد مغادرة المركز، حيث توقف الإسهال في نفس يوم الإصابة (في خمس حالات)، وفي اليوم التالي (في خمس حالات أخرى) وبعد ثلاثة أيام (في حالتين)، وبعد خمسة أيام (في حالة). ومع ذلك فإن التساؤلات التي وجهت للأمهات للتعرف على اتجاههن

لطرق علاج محددة في المستقبل قد أوضح في تلك المجموعة أن خمسة أمهات فقط هن المقتنعات تماماً بجدوى المحلول (4 هن من الخمسة اللاتي أعطين أطفالهن المحلول قبل المجيء للمركز، والخامسة هي التي حاولت إعطاءه للطفل قبل المجيء ولم تجده متوافراً في الصيدليات). بينما ذكرت أربع حالات أنهن سوف يلجأن إلى المركز، وأربع حالات أخرى رأت الأمهات فيها ضرورة استشارة الطبيب "لازم يشوف العيل مش حدى من نفسي".

وإلى جانب المجموعة السابقة، فقد صرحت تسع حالات أن المحلول علاج غير جيد لأن طعمه سيء، ويرفض الأطفال تناوله (4 حالات)، كما أنه لا يعد علاجاً كاملاً بل يجب أن يكون معه دواء آخر (حالتان)، ولأن الواد خس عليه" (حالة)، ولأن الطفل لم يكن مصاباً بالإسهال (حالة كانت الأم فيها واعية تماماً بذلك)، وحالة أخيرة تأثرت فيها الأم برأي جارتها التي قالت لها "حرام عليكي تسقيه لها". ويوضح ذلك ربط بعض الأمهات بين الطعم غير المستحب، وبين إمكانية أن يكون المحلول مؤذياً للطفل.

وأخيراً، ذكرت ثلاث أمهات أنهن لا تعرفن ما إذا كان المحلول علاجاً جيداً أم لا. وفي تلك الحالات كان رأي الأمهات حول كيفية العلاج إذا أصيب الطفل بالإسهال مرة أخرى هو إتباع الوصفات المنزلية ثم اللجوء إلى المركز (حالتان)، أو الذهاب مباشرة للمستشفى لأن الطفل يمكن أن يكون مصاباً بمرض آخر (8 حالات)، بينما صرحت حالتان أنهن لا تعرفن ماذا سوف يحدث.

أما فيما يتعلق بقواعد تحضير، وتناول المحلول فإن جميع الحالات تعرف قواعد تحضير المحلول باستثناء حالة واحدة كانت لا تعرف طريقة تحضيره أو تركيزه، حيث كانت تضيف 2 كيس من المحلول على مقدار ماء واحد. أما باقي الحالات (24 حالة) فتقوم الأم بتحضيره بإذابة كيس المحلول في مقدار ملء زجاجة مرطبات صغيرة من المياه (3 كن تغلين المياه وتتركها لتبرد والباقيات تستخدمن ماء الصنبور) أو مقدار ملء الكوب المخصص للمحلول حتى الخط الأسود.

أما عن كيفية تناوله فإن كل الأمهات- باستثناء 3 حالات- كن تعرفن أنه يجب تناوله بالملعقة، وعلى فترات قصيرة. وقد استمدت الأمهات المتبعات لقواعد تحضير

المحلول وتناوله معلوماتهن من طبيب أو ممرضة المركز، كما أسهمت الدعاية التليفزيونية في إدراك واستيعاب تلك القواعد إلى حد كبير.

وإذا كان مركز علاج الجفاف هو المكان الذي يستقبل الأطفال المرضى، ويقدم لهم العلاج المناسب، كما أنه المكان الذي تنطلق منه الدراسة وتتبع الحالات، فإنه من الضروري تخصيص جزء خاص به يشمل تكرار التردد على المركز، ومقدمي النصيحة بزيارة المركز، ثم مميزاته وعيوبه، ومدى كفاية ما يقدمه من خدمات من وجهات نظر المترددات عليه، وهو ما سوف نتناوله في الفقرة التالية:

3. مركز علاج الجفاف: حول تكرار التردد على المركز لعلاج الأطفال المصابين بالإسهال دلت الدراسة على أن أكثر من نصف الحالات (15 حالة) لم يحضرن للمركز من قبل، وإنما كانت تلك الزيارة هي الأولى بالنسبة لهن. بينما قامت العشرة حالات الباقية بزيارة المركز مرة واحدة من قبل باستثناء حالة واحدة زارته أربع مرات.

وقد لجأت غالبية الحالات (18 حالة) إلى المركز للعلاج بناء على نصائح قدمها الجيران، والجدات، والأزواج، والأقارب، بينما توجهت باقي الحالات إلى المركز من تلقاء أنفسهن. فقد تلقت بعض الأمهات النصيحة من الجيران (9 حالات)، ومن الجدة (5 حالات)، ومن الزوج (3 حالات)، ومن إحدى القريبات (حالة واحدة). حيث أجمعت النصائح على أن المركز يقدم خدمات جيدة، وأنه سبق اللجوء إليه في حالات سابقة فأثبت جدارة، كما أنه قريب من مساكن المترددات، وإن أثبتت الدراسة أن المركز ليس قريباً مكانياً بالنسبة لكل الحالات ولكن من السهل الوصول إليه باستخدام الترام، وهو وسيلة نقل سهلة ومريحة جعلت الأمهات تشعرن بالقرب المكاني. أما الحالات السبع اللاتي توجهن إلى المركز من تلقاء أنفسهن فأغلبهن (6 حالات) قد تم تحويلهن من العيادة الخارجية بالمستشفى إلى مركز علاج الجفاف.

وإذا كانت الفقرة السابقة تعكس الرأي العام حول المركز، فإن آراء الغالبية من الحالات (20 حالة) بعد زيارة المركز تشير إلى أنه يتمتع بمميزات عديدة تكمن في كونه "فاضي" (حالة واحدة) وهذا بالطبع يحدث في بعض أوقات السنة. فقلة أو كثرة عدد الحالات المترددة مسألة موسمية. وحالتان أشارتا إلى أنه "رخيص" ويقدم العلاج مجاناً

(حالتان)، وتقدم فيه أدوية مقوية مجاناً (3 حالات)، كما يقدم فيه المحلول للطفل بسرعة (4 حالات). بينما ذكرت ثماني حالات أن هناك اهتماماً واضحاً بالأطفال، حيث يقوم طبيب المركز بقياس درجة حرارة الطفل، ووزنه، وطوله.

وفي مقابل تلك المميزات ذكرت بعض الحالات أن هناك بعض الصعوبات أو المشكلات التي واجهتهن في مقدمتها الانتظار في المركز لساعات طويلة (حالتان)، ومنع الأمهات من مغادرة المكان إلا بعد تناول الطفل كمية من المحلول، ووزنه مرة أخرى. وبالتالي تضطر الأمهات إلى تعطيل أعمالهن المنزلية، وترك الأبناء الآخرين. وعلى سبيل المثال فقد حضرت إلى المركز إحدى الأمهات تحمل طفلها المريض. وتركت طفلين صغيرين في مسكنها في غرفة واحدة، وأغلقت عليهم الباب، ولم تكن تتوقع كل هذا التأخير، فاستيقظ الصغار وبدأوا الصراخ، وتجمع الجيران الذين لم يتمكنوا من تقديم المساعدة وانتظروا عودة الأم التي عادت بعد ست ساعات كاملة، (من 8 صباحاً حتى 2 ظهراً). وذكرت حالتان أن من أهم المشكلات عدم وجود الطبيب أو تأخره في المجيء، بينما ذكرت حالتان مشكلة تحويل الطفل إلى المركز دون أن يكون مصاباً بالجفاف. والجدير بالذكر أن كثيراً من المترددات على المركز كن حريصات على عدم ذكر أي مشكلات أو صعوبات تكون قد واجهتهن في المركز تحسباً من الباحثات اللاتي قمن بتتبع الحالات من المركز نفسه، وبالتالي كانت الأمهات يعتقدن أنهن يعملن بالمركز ولا يصح توجيه النقد لهن ولمكان عملهن.

وبعد التعرف على أهم مميزات وعيوب المركز- من وجهة نظر المترددات عليه- فإن صورته يمكن أن تكتمل، أو تزداد وضوحاً إذا تعرفنا على تقييم الأمهات لما يقدمه المركز من خدمات. ففي الوقت الذي رأت فيه بعض الحالات أن ما قدم كان كافياً (5 حالات) رأت نصف الحالات تقريباً (12 حالة) أنه يجب تقديم أدوية أخرى، ومقوى عام أو الأدوية غالية الثمن، كما رأت حالة واحدة أنه يجب تقديم لبن الأطفال مجاناً. وربما تعكس تلك المطالب الأحوال الاقتصادية لأفراد العينة. كما شكت حالة واحدة من أن نوعي الدواء اللذان صرفا لها كانا دواء تركيب بدون نشرة أو اسم. وبالتالي لم تكن تعرف أيهما للسعال، وأيهما للإسهال. بينما رأت بعض الحالات (6 حالات) أن تقرير كفاية أو عدم كفاية العلاج ترجع لتقدير الطبيب،

وأنهن لا تعرفن تماماً ما يجب أن يقدم، وإنما هن راغبات فقط في شفاء أطفالهن.

نتائج البحث

1. حول المسكن والمنطقة السكنية، وعادات الطعام كعوامل مؤثرة على الإصابة بالإسهال عند الأطفال، انتهى البحث إلى:

(أ) انطلق البحث من مركز علاج الجفاف، ومن عينة الأطفال فيها مصابون بالإسهال، وينتمون إلى الطبقة الدنيا وفقاً للمحكات السوسيولوجية والأنثروبولوجية. وقد أمكن تقسيمهم إلى شرائح ثلاث، وإن كانت لا تعبر عن شرائح الطبقة الدنيا في المجتمع المصري ككل. وقد كان لنمط المسكن، ومدى صلاحيته للسكن وأسلوب الحياة كمتغير ثقافي إسهامه الواضح في ذلك التقسيم. إلا أن تأثيره على إتباع قواعد الصحة العامة كان ضئيلاً أمام تأثير البيئة المحلية وما تتسم به من قذارة، ومن مستوى منخفض في الخدمات والمرافق والنظافة العامة. فقد خلقت تلك البيئات شكلاً من أشكال التشابه أو التجانس تمثل في بعض الخصائص الديموجرافية (حجم الأسرة، والكثافة السكانية) وفي مستويات التعليم، والدخل، والإصابة بالمرض، ووفيات الأطفال، وأسلوب الحياة (قضاء أوقات الفراغ، وقواعد النوم...إلخ). فرغم الفروق بين الشرائح الثلاث، إلا أنهم يحيون تحت ظروف بيئية واحدة، وعلى سبيل المثال فعند انقطاع المياه تلجأ جميع الأسر إلى تخزين المياه بطرق تبتعد عن قواعد الصحة العامة- غالباً- مما يمكن أن يكون له تأثيره على الإصابة بالإسهال. (انظر الفقرات أولاً، وثانياً، وثالثاً).

(ب) أن تتبع عادات الطعام عند الأطفال والبالغين بشكل عام، والاهتمام بتغذية الطفل قبيل الإصابة، وعند المرض بشكل خاص قد أوضحت أن أماكن إعداد الطعام كانت في غالبية الحالات أماكن غير مناسبة تنتشر فيها الأتربة، والقاذورات، والحشرات- والدواجن والحيوانات أحياناً- التي تعمل على تلوث الطعام بشكل عام. كما اتسمت عينة البحث بضعف مستوى النظافة العام، وعدم الالتزام بالعادات الصحية المرتبطة بالطعام سواء في حالات الرضاعة الطبيعية (نظافة الثدي

والأيدي قبيل أو بعد الإرضاع) أو في حالة استخدام زجاجات الرضاعة- التي لا تسلم من وقوف الحشرات فوقها- كما أنه في حالة تناول الأطفال للأطعمة العادية التي يتناولها الكبار فإن شروط التخزين تعد سيئة، ومع ذلك يتناول الأطفال تلك الأطعمة دون التأكد من صلاحيتها.

أما فيما يتعلق بنوعيات الطعام، فإن الأسر في عينة البحث تعتمد على المواد النشوية كعناصر أساسية في غذاء الأطفال والبالغين، كما تعتمد على الأطعمة التي تجلب من الأسواق جاهزة. هذا، وقد ساعد نقص الوعي الغذائي على إصابة الأطفال بسوء التغذية، وبعض الأمراض مثل لين العظام، والإسهال. كما أن غالبية الأمهات لم يكن لديهن الوعي بتغيير نوعيات الطعام للأطفال المصابين بالإسهال، حيث كان هؤلاء يتناولون الحلوى المكشوفة أثناء زيارة المركز- أثناء الإصابة- وبعد مغادرته. (انظر الفقرة رابعاً)

2. فيما يتعلق بالمرض نفسه، اتضح من البحث أن:

(أ) هناك علاقة بين سرعة أو بطء اللجوء إلى المركز للعلاج، وبين سرعة توقف حالة الإسهال. فقد توقف الإسهال في نفس يوم زيارة المركز- أو خلال يومين- في الحالات التي لجأت فيها الأم بالطفل يوم الإصابة، بينما استمرت حالة الإسهال ما بين 3-7 أيام في الحالات التي تأخرت فيها الأم في اللجوء إلى المركز ما بين يومين إلى 7 أيام.

(ب) تلجأ الأم إلى مركز علاج الجفاف- غالباً- ليس خوفاً من الإسهال، وإنما من الأعراض المصاحبة له وفي مقدمتها القيء، وارتفاع درجة الحرارة، والسعال. فالأم تنظر إلى الإسهال باعتباره يصاحب بعض العمليات الطبيعية مثل التسنين، أو أكل طعام يسبب ليونة، كما أنه يصيب كل الأطفال. (انظر الفقرة خامساً)

3. حول سلوك الأم نحو المرض وطرق العلاج، تبين أن أسباب المرض، ومدى خطورته، وطرق علاجه من وجهة نظر الأم هي كالتالي:

(أ) أن أسباب المرض الحقيقية مجهولة- غالباً- وغائبة عن الأمهات، لذا فهن

يرجعنها إلى أسباب ترتبط- غالباً- بالمعتقد الشعبي مثل الحسد، من عند ربنا، أو إلى أسباب ترتبط بظروف طبيعية مثل التسنين، والبرد، والحر، ونوعيات الطعام، أو إلى عوامل ترتبط بالأم مثل ضعف الصحة أثناء الحمل، أو الحالة النفسية أثناء الإرضاع... وغيرها.

(ب)وحول مدى خطورة المرض فقد رأت الغالبية العظمى من الحالات أن الخطورة تكمن في الأعراض المصاحبة للمرض (8 حالات) وأيضاً في مضاعفاته وأعني الجفاف (8 حالات أيضاً). بينما لم ترى سوى خمس حالات أنه مرض خطير في ذاته، بينما لم تعرف أربع حالات ما إذا كان مرضاً خطيراً أم لا.

وقد تلخصت طرف علاج المرض من قبل الأمهات في إتباع الوصفات المنزلية، واستشارة الصيدلي، أو استخدام دواء سبق استخدامه. بينما كان عدد المقتنعات بجدوى المحلول قلة (5 حالات) فقط. (انظر الفقرة سادساً)

أما عن تقييم الخدمات المقدمة من المركز من وجهة نظر الأمهات فقد تلخصت فيما ذكرته حوله من مميزات وعيوب، وفيما قدروه من كفاية أو عدم كفاية ما يقدمه من علاج.

وتتلخص المميزات في كونه رخيصاً، ويقدم علاجاً مجانياً، كما تقدم الممرضات فيه المحلول للأطفال بسرعة، كما تقدم- أحياناً- أدوية "مقوية" مجاناً، ويهتم فيه الأطباء بقياس درجة حرارة الطفل، ووزنه، وطوله.

بينما تتلخص العيوب في الانتظار لساعات طويلة حتى يؤذن للأمهات بالانصراف، وتغيب الأطباء أو تأخرهم- أحياناً- وتحويل بعض الأطفال إلى المركز دون أن يكونوا مصابين بالجفاف.

أما عن تقدير كفاية أو عدم كفاية ما يقدمه المركز من علاج، فقد رأت نصف حالات العينة أنه يجب تقديم أدوية "مقوية"، والأدوية غالية الثمن مجاناً. (لمزيد من التفاصيل انظر الفقرة سادساً)

4. وأخيراً، ورغم ما أثبتته الأبحاث العلمية حول جدوى المحلول في علاج الإسهال، فمازال الإسهال في مقدمة أسباب وفيات الأطفال في مجتمعنا المصري للعوامل التالية:

(أ) رغم وعي الأمهات الكامل- غالباً- بطرق تحضير وتناول المحلول، إلا أن قليلات هن المقتنعات بجدواه. ويتضح ذلك في عدد المقبلات على استخدامه قبيل اللجوء إلى المركز، وأثناء وبعد الزيارة، كما يتضح في اتجاه الأمهات إلى استخدامه في المستقبل.

(ب) كما أن الغالبية العظمى من الأمهات ينقصهن الوعي الصحي، فهن جاهلات بأسباب المرض الحقيقية، غير ملتزمات بمواعيد تناول الأدوية- إذا تضمن العلاج مضاداً حيوياً مثلاً- ولا بقواعد تناول المحلول- كثيرات تسقين أطفالهن المحلول بالكوب حتى في أثناء وجودهن بالمركز- كما أنهن تستجبن لرغبات أطفالهن في تناول أو عدم تناول المحلول، وتربطن بين طعمه السيء (غير المستحب) وبين إمكانية أن يكون ضاراً بصحة الطفل. ونضيف إلى كل ذلك: حديثنا السابق عن العوامل المؤثرة الخاصة بالظروف العامة للمناطق السكنية، وعادات الطعام.

الفصل التاسع
المدخل الأنثروبولوجي والتثقيف الصحي
دراسة ميدانية في مجتمع محلي(*)

مقدمة

أكدت دراسات الأنثروبولوجيا الثقافية بأن الثقافة هي الموجهة لسلوك الأفراد في المجتمع، وهي المحرك لسلوك أعضائه في مواقف مختلفة[1]، وبالتالي يصبح تغير المواقف السلوكية سواء على المستويين المجتمعي أو الموقفي من الأمور الصعبة إزاء الباحث خصوصاً إذا أغفل تفهمه للقيم الثقافية الدافعة لهذا السلوك. من هنا تكمن أهمية الأنثروبولوجيا الثقافية باعتبارها إحدى فروع علم الأنثروبولوجا بإسهامها في فهم ثقافة المجتمعات وقضاياها ثم محاولة تغييرها بالقدر المتاح من المقومات المادية والبشرية، مع إمكانية توجيه هذا التغير نحو الأهداف المرجوة والتي يسعى إليها كل مجتمع إنساني[2]. وبناء على ما تقدم تشكل الدافع نحو إجراء هذه الدراسة حيث أتيح للباحثة الاشتراك مع منظمة الصحة العالمية لتنفيذ مشروع المرحاض الصحي (المهوى المحسن) في إحدى المجتمعات الريفية التابعة لمركز كوم امبو بمحافظة أسوان، وأوكل إليها القيام بدراسة الجوانب الاجتماعية والثقافية والاقتصادية لنجع العبابدة. وهناك لاحظت الباحثة أن كثيراً من الممارسات السلوكية غير الصحية سائدة في النجع، وأن هناك علاقة بين هذه الممارسات وبين بعض الأمراض المتوطنة. وسوف أحاول أن

(*) تقرير بحث ميداني كتبته الدكتورة نجوى عبدالحميد سعدالله.

(1) محمد الجوهري، الأنثروبولوجيا، أسس نظرية وتطبيقات عملية، الطبعة الثانية، دار المعارف، 1980، ص63.

(2) عليه حسن حسين، التنمية نظرية وتطبيقية، الطبعة الأولى، مكتبة الوفاء بشارع شريف، 1989، ص ص 45-60.

تكون هذه الدراسة بداية لدراسات ميدانية أخرى حول الثقافة وعلاقتها بكل من الصحة والمرض.

وتهدف هذه الدراسة إلى محاولة إلقاء الضوء على كيفية القيام بعملية تثقيف السلوك الصحي لإحداث نوع من التنمية الصحية لأعضاء هذا المجتمع من خلال تعليمه لبعض الممارسات الصحية المرتبطة بالنظافة الشخصية ومحاولة تغيير اتجاههم نحو تفسيرهم لبعض الأمراض بخلق اتجاه عدائي ضد المرض[1].

1. تساؤلات الدراسة

في ضوء الهدف الرئيسي تبلورت مجموعة من التساؤلات منها:

- ما هي الممارسات السلوكية غير الصحية الشائعة في المجتمع.
- إلى أي مدى تؤدي ظروف البيئة الطبيعية وعزلتها مكانياً عن القرية الأم وعن المركز الحضري إلى انتشار ممارسات سلوكية غير صحية.
- إلى أي مدى يؤدي تأثير الإطار الثقافي والاجتماعي إلى وجود بعض الأمراض المتوطنة في المجتمع.
- إلى أي مدى يؤدي تأثير حرمان المجتمع من كافة الخدمات وارتفاع معدل الأمية في تفسيرهم للمرض وأسلوب علاجه

2. الإجراءات المنهجية

اعتمدت الدراسة على المنهج الأنثروبولوجي باعتباره أكثر المناهج ملاءمة لهدف البحث والتساؤلات الأساسية وذلك من خلال الاعتماد على الأدوات والأساليب الأنثروبولوجية التالية: المعايشة، الملاحظة، المقابلة، دليل العمل الميداني، الصور الملونة، القصص المصورة، الإخباريون، الطريقة الجينيالوجية، دراسة الحالة[2].

(1) نبيل صبحي، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر، مقال منشور في الكتاب السنوي لعلم الاجتماع (إشراف د. محمد الجوهري)، العدد الثالث، دار المعارف، أكتوبر 1982، ص31.

(2) محمد الجوهري وآخرون، طرق البحث الاجتماعي، الطبعة الثالثة، دار الكتاب للتوزيع، 1982،

وتحقيقاً للهدف من الدراسة وهو القيام بعملية تنمية (تثقيف) للسلوك الصحي لمجتمع الدراسة قامت الباحثة بالتالي:

❖ عمل مقابلات جماعية:

- للذكور البالغين بعد العودة من الحقول في مضيفة النجع.
- للإناث البالغات داخل المنازل طوال اليوم.
- للأطفال من النوعين داخل المنازل وأثناء لعبهم خارج المنازل.
- للشباب في أماكن تجمعهم، وذلك بهدف تعريفهم بمفهوم النظافة الشخصية (اليومية، الأسبوعية) من خلال التركيز على بعض ممارسات النظافة الشخصية والتي منها: غسل الوجه بعد الاستيقاظ من النوم مباشرة- غسل الأيدي بعد قضاء الحاجة- غسل الأيدي قبل الأكل وبعده- تغيير ملابس الطفل في حالة البلل نتيجة التبول[1]- غسل الملابس بعد الانتهاء من العمل للبالغين من النوعين وللأطفال بعد اللعب- تغطية الطعام- الفصل بين مكان معيشة الحيوانات وأماكن طهي الطعام- عدم تخزين روث البهائم أمام المنازل حتى لا يعبث به الأطفال- ضرورة الامتناع عن قضاء الحاجة خارج المنزل- ضرورة استخدام المرحاض.

ونظراً لانتشار الأمية في مجتمع الدراسة قامت الباحثة بالاستعانة بأساليب الإيضاح المصورة مثل: الصور الملونة- القصص المصورة، وكانت الباحثة تهدف من استخدامها أسلوب الإيضاح المصور لتغيير عادات وممارسات[2] أعضاء المجتمع غير الصحية السائدة بينهم مثل: الاستحمام في النيل وعلاقة ذلك بمرض البلهارسيا، غسل الأواني في مياه النيل، مضار وأخطار الذباب، مضار استخدام مياه النيل غير المعالجة للشرب وضرورة استخدام مياه الطلمبات، مضار الإهمال والسكوت عند ظهور أي

ص67، ص144.

(1) نجوى عبدالحميد سعدالله، أنماط رعاية الطفولة في قرية مصرية كما تعكسها جداول استخدام الوقت، بحث مقدم إلى المؤتمر السنوي الثاني للطفل المصري: تنشئته ورعايته، 25-28 مارس 1989.

(2) عليه حسن حسين، التنمية نظرية وتطبيقية، مرجع سبق ذكره، ص201.

أعراض مرضية (ارتفاع درجة الحرارة،- وجود دم في البول- الإسهال- المغص- ارتخاء الأعضاء- توقف النمو عند الأطفال)، عدم اللجوء إلى الطب الشعبي وضرورة الاستعانة بالطب الرسمي.

3. المجال الزمني

بدأت الدراسة في يوليو 1988 واستمرت حتى يناير 1990، تم خلالها إجراء دراسة مسحية لجمع البيانات الخاصة بالمجتمع المحلي وحصر الخدمات المتوفرة به، وعمل تعداد للسكان الموجودين فعلاً في المجتمع وقت الدراسة، أعقب ذلك مباشرة البدء في الدراسة المتعمقة.

4. مجتمع الدراسة

(أ) التسمية: يعتبر نجع العبابدة واحداً من التجمعات السكانية الريفية البدوية التابعة للمجلس القروي لقرية فارس مركز كوم امبو محافظة أسوان، حيث اختارته منظمة الصحة العالمية لتنفيذ تجربة المرحاض المهوي المحسن، نظراً لتوفر بعض الخصائص الفنية[1]. ويرجع أصل تسمية نجع العبابدة بهذا الاسم- على حد أقوال أحد الإخباريين- النجع- أحنا عبابدة ويرجع سلسالنا إلى جدنا الكبير عبادي". وبالرجوع إلى الكتابات التاريخية عن محافظة أسوان وجد فيها ما يؤكد على وجود نماذج متعددة من استقرار العبابدة في وادي النيل، وبصفة خاصة في القسم الجنوبي من مركز قنا وقفط حتى ادفو والرمادي وغرب اقليت وجنوب فارس لمركز كوم امبو حتى أبوالريش والخطارة بأسوان، وعادة ما تأخذ هذه النماذج إما الاستقرار في المناطق الصحراوية- أو العمل بالرعي والتجارة- أو العمل بالزراعة[2].

---

(1) حرمان نجع العبابدة من مصادر مياه الشرب الدائمة (الشبكات)- عزلته مكانياً وحرمان النجع من كافة الخدمات الأخرى- حرمان النجع من الخدمة الخاصة بالصرف الصحي داخل المنازل- قلة عدد السكان.

(2) نجوى عبدالحميد سعدالله، نظام القرابة عند بعض الجماعات السكانية المتميزة في منطقة أسوان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، 1981، ص243.

(ب) الموقع: يقع نجع العبابدة بالجهة القريبة للنيل على ارتفاع يقدر بحوالي 15 متراً على مستوى نهر النيل، إلى جانب أنه منعزل عن التجمعات العمرانية وعن وسائل المواصلات سواء بالقرية الأم أو بالضفة الشرقية من النيل والتي تقتصر على بعض المراكب الشراعية.

(ج) السكان: وفقاً للدراسة المسحية يبلغ عدد سكان النجع حوالي 300 نسمة موزعون على النحو التالي: 140 ذكور – 160 إناث، ويتكون النجع من 8 منازل يقيم بها 27 أسرة.

(د) الديانة: جميع أعضاء النجع يدينون بالدين الإسلامي.

(ه) خصائص المسكن: جميع منازل النجع مبنية بالطوب النيء التي شأنها شأن باقي القرى المصرية، وإن كان هناك اتجاه جديد بين أهالي النجع وهو استغلال الأحجار المتوفرة بالجبال القريبة من النجع في بناء مسكنهم. أما عن مورفولوجية السكن في نجع العبابدة فسنلاحظ أنها تتكون عادة من حجرة خاصة للنوم بها أثاث بسيط (عبارة عن سرير مصنوع من جريد النخل أو أبراش) إلى جانب الأدوات الخاصة بالطهي (كانون أو موقد الكيروسين بالفتيل). أمام هذه الحجرة حوش يعرف بـ(الشريعة) توضع فيه أواني تخزين المياه الخاصة بالشرب للاستعمال اليومي، طشت الغسيل، إناء الخبيز (ماجور) وفي أحد أركان الحوش تبني الغرفة الخاصة بخبيز العيش، وحجرة أخرى لمبيت الحيوانات تعرف بـ(الزريبة)، وعادة ما يقضي بها أعضاء الأسرة البالغون حاجتهم أثناء النهار.

5. الخدمات المتاحة بالنجع

كشفت الدراسة عن خلو نجع العبابدة تقريباً من الخدمة الطبية الرسمية إلا في القرية الأم (فارس) والتي تبعد عنه حوالي 15 كيلو متراً، وفي قرية اقليت بالضفة الشرقية لنهر النيل. أما بالنسبة للوحدة الصحية في قرية فارس فتقل فاعليتها بالنسبة لأهالي نجع العبابدة نظراً لبعد المسافة عنها ووعورة الطريق الموصل إليها حيث لا يمكن الدخول إليها إلا بالركائب، مما يجعل أهالي النجع يصرفون النظر عن هذه الخدمة. وكمحصلة لذلك

أظهرت الدراسة أن الممارسات الطبية الشعبية مازالت هي الوسائل الأكثر شيوعاً في مواجهة مشكلات المرض، كما كُتب لها البقاء والرواج والاستمرار في ظل غيبة الطب الرسمي الذي لا يلجأ إليه أهالي النجع إلا في حالة الضرورة القصوى.

(أ) الخدمة التعليمية: يخلو النجع من أي خدمة تعليمية، وتعتبر أقرب مدرسة ابتدائية بقرية أبودير على الضفة الشرقية للنيل والتابعة لقرية اقليت. وبناء على ذلك سنلاحظ أن الخدمة التعليمية الوحيدة المتاحة للأطفال بهذا النجع يحيطها كثير من المخاطر والمتاعب يتعرض لها الأطفال يومياً (صباحاً في رحلة الذهاب إلى المدرسة وحين العودة منها) إذ يعبرون نهرين بالمراكب الشراعية: نهر عميق من النجع حتى جزية اقليت، ثم نهر أقل عمقاً- أو خور- من قرية الجزيرة حتى أبودير التي بها المدرسة، ثم يكمل الطفل طريقه إلى المدرسة سيراً على الأقدام مسافة من 3-4 كم يقطعها في حوالي نصف الساعة ويتكرر ذلك عند العودة من المدرسة للقرية، إلى جانب ذلك يتعرضون لحرارة الشمس في فصل الصيف وشدة البرد شتاءً إذ أن هذه الرحلة الطويلة اليومية المتكررة والشاقة تتطلب من الطفل الاستيقاظ في الساعة الخامسة صباحاً، عكس قرينه بالضفة الشرقية للنهر الذي يستيقظ في السابعة.

أما عن الخدمة التعليمية بالمرحلتين الإعدادية والثانوية، فهناك مدرستان: مدرسة الرغامة الإعدادية ثم المدرسة الثانوية الخاصة بمدينة كوم امبو وهما أقرب المدارس لأبناء نجع العبابدة بالنسبة لهاتين المرحلتين. ويتعرض أبناء هذه الفئة لنفس رحلة العذاب السابق ذكرها عند ذهابهم وعودتهم، يضاف إليها حوالي من 6-8 كم بعد مسافة المدرسة الإعدادية يقطعها التلميذ في حوالي الساعة والنصف سيراً على الأقدام بعد عبوره نهر النيل. أما طالب المدرسة الثانوية فنظراً لطول المسافة والتي تبلغ 17 كم فيضطر إلى الاستعانة بالسيارة- السرفيس- التي تستغرق حوالي الساعة عند الذهاب وساعة عند العودة. وفي ضوء ما تقدم تؤكد الدراسة المسحية ارتفاع نسبة الأمية فيما بين أعضاء النجع باستثناء 14 تلميذاً موزعين على النحو التالي:

نوع التعليم	ذكور	إناث	ملاحظات
التعليم الابتدائي	10	1	تلميذة واحدة تقيم عند خالتها بقرية أبودير وتعود إلى النجع أيام الأجازات
التعليم الإعدادي	2	-	
التعليم الثانوي	1	-	
الجملة	13	1	

(ب) الكهرباء: تتمتع معظم بيوت النجع بالكهرباء نظراً لقربها من شبكة كهرباء ضغط عالي منذ عام 1983، وبناء على ذلك نجد استخدام الكهرباء فقط في الإضاءة وفي تشغيل الأجهزة الكهربائية المنزلية (راديو- ثلاجة- تليفزيون) وفي تشغيل موتور رفع المياه اللازمة للري. وتبلغ جملة الأجهزة الكهربائية بالنجع 25 جهازاً موزعة كالتالي:

الأجهزة	العدد
تليفزيون	6
ثلاجة	7
راديو	10
موتور رفع المياه	2
الجملة	25

(ج) مصادر المياه: ظل النجع يخلو من مصادر المياه الصالحة للشرب، حيث يمثل نهر النيل المصدر الأول والوحيد للشرب، ولغيره من الأغراض كالاستحمام والطهي والغسيل. وظل هذا الوضع على ما هو عليه حتى عام 1983، حيث قامت منظمة اليونيسيف بتنفيذ مشروع طلمبات مياه الشرب في أكثر من قرية من القرى التابعة للمجلس القروي كان نصيب نجع العبابدة منها ثلاث طلمبات موزعة شمال النجع ووسطه وجنوبه. إلا أن نتائج الدراسة المتعمقة أكدت أن نهر النيل مازال يمثل المصدر الرئيسي لمياه الشرب وذلك بعد مضي ثلاثة أشهر

من تركيب الطلمبات نظراً لشدة ملوحة المياه المستخرجة واقتصر استخدامها على سقي الحيوان فقط. ولم يستطع الأهالي الاستفادة بتلك المياه في بقية العمليات الأخرى كغسل الملابس والأواني نظراً لعدم استجابتها للصابون، يؤكد ذلك إجابات أعضاء المجتمع عنها (الميه دي كلها ملح، لا يرغي فيها الصابون إلا لما نسخنها)، كما يؤكدها أيضاً نتائج تحليل عينة من تلك المياه التي يوضحها الجدول التالي:

المعيار	القيمة القياسية	قيم التحاليل		وحدة القياس
		طلمبة (1)	طلمبة (2)	
اللون	50 وحدة	25	50	كوبالت بلاتيني
العكارة	25 وحدة	30	60	جوكسون
الطعم	مقبول	غير مقبول	غير مقبول	-
الرائحة	لا يوجد	لها رائحة	لها رائحة	-
الكبريتات	400	950	15	ملجم/ لتر
المنجنيز	0.5	1.5	0.05	ملجم/ لتر
الكلوريدات	600	1180	40	ملجم/ لتر
العصر الكلى	500	1380	116	ملجم/ لتر

(د) طريقة حفظ وتخزين المياه: تشير الدراسة الميدانية إلى أن نشاط جلب المياه من نهر النيل يمثل واحداً من الأنشطة اليومية الرئيسية بالنسبة للإناث البالغات في النجع، كما لوحظ شيوع استخدام الأواني المعدنية المصنوعة من الزنك لنقل المياه من النيل إلى المنزل وتعرف بـ(البستلة)، في حين يستخدم الزير والبلاص (وهما مصنوعان من الفخار) لحفظ وتخزين المياه بالمنزل. وبالنسبة للزير يحفظ به الماء اللازم للشرب. أما البلاص فيحفظ به المياه اللازمة للاستخدام اليومي (غسل الملابس، غسيل الأواني، الطهي، الخبيز، سقي الطيور والاستحمام والتشطيف والوضوء). أما عن كمية المياه المستخدمة فقد كشفت الدراسة عن تباين كمية المياه المستخدمة يومياً بالنسبة لكل أسرة. يرجع ذلك إلى الاعتبارات

التالية:

1. أن هناك علاقة بين حجم الأسرة- صغيرة أو كبيرة- وكمية المياه.
2. أن هناك علاقة بين حجم النشاط اليومي وكثافته وبين كمية المياه (غسيل الملابس، الطهي، الخبيز). ويتضح لنا ذلك من الجدول التالي:

نوع النشاط	حجم الأسرة	كمية المياه	
		صباحاً	مساءاً
يوم عادى	الأسرة الصغيرة العدد (3-5 أفراد)	5 بستلة	3 بستلة
نشاط عالي الكثافة	الأسرة الصغيرة العدد (3-5 أفراد)	7 بستلة	5 بستلة
يوم عادي	الأسرة الكبيرة العدد (6-12 أفراد)	5 بستلة	4-5 بستلة
نشاط عالي الكثافة	الأسرة الكبيرة العدد (6-12 أفراد)	10 بستلة	15 بستلة

يبين لنا هذا الجدول أن أعضاء النجع لا يلجأون إلى تخزين المياه، بل تتم عملية جلب المياه اللازمة للاستخدام على فترتين صباحاً ومساءاً. ويرجع ذلك إلى قرب نهر النيل، بالرغم مما تعانيه الإناث من مشقة، نظراً لارتفاع النجع بحوالي 15 متراً عن نهر النيل. ومن جهة أخرى يمثل نشاط الذهاب والعودة لجلب المياه المخرج الثقافي والاجتماعي المعترف به من قبل المجتمع لكي ترفه الأنثى عن نفسها بتجاذب أطراف الحديث مع الإناث الأخريات من الجيران أو القريبات.

(ه) طريقة تصريف المياه المستخدمة: اعتاد أهالي النجع إلقاء المياه بعد غسل الأواني والملابس والتشطيف في حوش المنزل أو أمامه، ويرجع ذلك إلى طبيعة البيئة الصحراوية التي تحيط بالقرية وما تمتاز به الأرض الرملية من قدرة على امتصاص المياه، وسطوع الشمس من جهة أخرى- معظم أشهر السنة- وارتفاع

درجة حرارتها، كل ذلك كفيل بتسهيل عملية جفاف التربة وتسهيل تصريف المياه المستعملة بشكل أكثر يسراً.

6. النشاط الاقتصادي

يمثل النشاط الزراعي النشاط الرئيسي لمعظم أهالي النجع، إذ يعمل الغالبية العظمى من السكان، سواء كان في ملكياتهم أو العمل لدى الغير بالأجر، والبعض الآخر يعمل بنظام المشاركة. وقد لوحظ أن معظم ملكية الأراضي الزراعية بنجع العبابدة تتركز في قرية الجزيرة. ومن أهم المحاصيل التي تزرع: القمح والذرة والفول والقصب، ومن الخضروات: الطماطم والملوخية والباذنجان، ومن الفواكه: المانجو والتوت والليمون. أما بالنسبة للحيوانات فهناك: البقر والجاموس والحمير والماعز والخراف. وتمثل التكنولوجيا التقليدية النمط الشائع في الزراعة وهى: الساقية والنورج والفأس، إلى جانب الحيوانات المساعدة: الحمار والجمل لنقل المحاصيل. وقد استحدث تركيب موتور لرفع المياه من النيل إلى مستوى القرية منذ ثلاث سنوات، أما بالنسبة لحجم الإنتاج فهو يسد الاحتياجات الاستهلاكية للقرية ويصرف الجزء الأكبر في السوق (اقليت، كوم امبو، أسوان).

7. النسق القرابي

يمثل النجع وحدة إقليمية وقرابية، يرتبط الأفراد المقيمون فيه بروابط القرابة عن طريق الانحدار من سلف واحد مشترك[1]، كما لاحظت الباحثة استخدام أعضاء مجتمع البحث لفظ النجع لا يقصد به الإشارة إلى المفهوم المكاني فقط بل يتضح ذلك في أقوالهم وأفعالهم ما يفيد إدراك ومعرفة سكان النجع بالحدود الإقليمية نظراً لوجود أكثر من نجع متجاورة مكانياً ومتباينة من حيث انتماءاتهم القرابية. وفي نفس الوقت تخلو من وجود فواصل طبيعية تميز الحدود بينهما. وبالتالي يحمل لفظ النجع غالباً اسم الجماعة القرابية المقيمة فيه، مثل نجع العويضات الذي يتجاور مكانياً مع نجع العبابدة ولا توجد فواصل طبيعية تميز الحدود بينهما. وعلى المستوى الأضيق، يمثل

(1) أحمد أبوزيد، البناء الاجتماعي: مدخل لدراسة المجتمع، الجزء الثاني، الأنساق، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر، 1967، ص315.

جماعة البيت الوحدة القرابية العاصبة الأساسية للنسق القرابي[1] في نجع العبابدة حيث تتألف جماعة البيت من عدد من العائلات التي يترابط أفرادها عن طريق روابط القرابة الناتجة عن اشتراكهم في جد واحد مشترك.

ويرجع الانتماء السلالي لنجع العبابدة كما ورد في أقوال إخباريي النجع "احنا عبابدة من قبيلة النقربا وشياختنا في الرمادي غرب" وبالرجوع إلى الكتابات التاريخية نلاحظ أن هناك شبه اتفاق بين ما ورد على لسان إخباريي المجتمع وعن الأصول السلالية: "العبابدة ينقسمون إلى أربعة فروع: الأول قبيلة العشاباب وتنتشر في الصحراء بين قنا ومركز كرسكو، ومركز تجمعهم أسوان". والثاني قبيلة الملكاب وينتشرون بدراو ومركز شياختهم دراو. والثالث قبيلة الفقراب وهم متفرقون في شرق وغرب النيل وادفو، ومركز شياختهم الرمادي – الضفة الغربية للنيل[2]. ويتكون نجع العبابدة حالياً من ثلاث بيوت يتوزعون على 27 عائلة: بيت الصادق العبادي وبه 10 عائلات، وبيت عبدالحفيظ العبادي وبه 9 عائلات، وبيت عبدالله العبادي وبه 8 عائلات.

هذا ومن ناحية أخرى فمازال النسق القرابي يلعب دوراً هاماً ورئيسياً في المحافظة على الهوية البدوية لنجع العبابدة، بالرغم من تغير نمط معيشة أعضاء المجتمع من نشاط الرعي والإقامة في المناطق الصحراوية إلى نمط النشاط الزراعي، فمازال الزواج المفضل في نجع العبابدة هو الزواج من أبناء العمومة العاصبة (بجميع الدرجات سواء داخل النجع أو خارجه)، وإذا لم يوجد من هو في سن الزواج يسمح له بالاختيار من ابنه الخال أو الخالة أو العمة. كما أجمعت معظم أقوال الإخباريين على أن الشباب ليس له حق الاختيار بمفرده، بل يمثل كل من الأب وجماعته القرابية العاصبة (الأعمام من الدرجة الأولى) أصحاب الأمر في الاختيار للشباب، ولا يحق لأي شاب الاعتراض أو الوقوف ضد رغبة جماعته القرابية العاصبة. ومن يعترض

(1) سيد حامد، النوبة الجديدة: دراسة في الأنثروبولوجيا الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب – فرع الإسكندرية، 1973، ص165.

(2) سعاد ماهر، محافظات جمهورية مصر العربية في العصر الإسلامي، فصل من مجلة كلية الآداب جامعة القاهرة، العدد الأول، مايو 1959، ص180.

ينال التهديد بالحرمان من الملكية،بل ويصل الأمر إلى طرده من عضوية القبيلة[1]، بداية من الأب إلى الأعمام بجميع الدرجات القرابية. وعلى الشاب أن يقوم بتنفيذ الاختيار القرابي ثم بعدها يمكنه أن يتزوج من حيث يريد. وقد ترتب على ذلك ظهور الأمراض الوراثية[2] في الأجيال: الثاني والثالث والرابع. وبناء على ما سبق فمازال النسق القرابي يلزم الأبناء الذكور بالإقامة المشتركة مع الوالدين في نفس المسكن بعد الزواج، ويرجع ذلك إلى طبيعة المعايير الثقافية التقليدية البدوية التي تحتم اشتراك جميع أعضاء الوحدة السكنية في الملكية تارة، وفي نوع العمل- النشاط الاقتصادي (الزراعة)- تارة أخرى.

وفي ضوء ذلك فقد لاحظت الباحثة أن نمط الأسرة الممتدة التقليدية يمثل النمط الأسري الشائع في نجع العبابدة، الذي يتسع من خلاله بالإقامة على المستويين الأفقي والرأسي (إقامة كل من الأشقاء والشقيقات العمات وغيرهم من الدرجات القرابية، وفي نفس الوقت يشمل الأجداد وأحفاد الأبناء)، وفي أحيان أخرى يتكون من مجموعة الأسر النووية المتلاصقة جغرافياً في وحدة سكنية واحدة Household وتخضع لسلطة ذكر واحد هو الزوج نظراً لانتشار نظام تعدد الزوجات في النجع ويضم إليها الدرجات القرابية الأخرى. ويرجع ذلك إلى الأصول التاريخية والمجتمع القديم حيث كانت كثافة السكان ضئيلة والزراعة هي النشاط الأساسي والمحاصيل تكفي حاجات الأسرة، حينئذ كانت كل أسرة تعتمد على عملها الخاص، وأصبحت الأسرة تقوم بأهم وظيفة في المجتمع وهي الوظيفة الإنتاجية، إلى جانب وظيفتها في الرعاية والخدمة الاجتماعية للدرجات القرابية المختلفة من خلال ما توفره لهم الإقامة المشتركة من الأمان والاستقرار، من خلال القيام بخدمة كبار السن ورعاية المرضى وتوفير فرص العمل للعاطلين.

(1) نجوى عبدالحميد سعدالله، نظام القرابة عند بعض الجماعات السكانية المتميزة في منطقة أسوان، مرجع سبق ذكره، ص243.

(2) Margaret Read, Culture, Health and Disease. Social and Cultural Influences on Health Programmes in Developing Countries, Tavistock Publications, London, 1966.

وبالإضافة إلى ما سبق، فقد لاحظت الباحثة ارتفاع كثافة حجم الأسرة (الوحدة القرابية) في نجع العبابدة بشكل ملحوظ إذ تصل من 5-12 فرد، إلى جانب صغر مساحة المسكن المتكون من غرفة واحدة لا تتوازى مع هذه الكثافة، وبالتالي تصبح سمة تكدس الأفراد في حجرة النوم الوحيدة بالمسكن هو الطابع العام. ومن هنا فإن هذا المناخ كفيل بأن يساعد من قريب أو بعيد على سرعة انتشار العدوى[1] من أي مصاب في الأسرة إلى بقية أفرادها. وهذا ما سوف تشير إليه الدراسة بالتفصيل عند الحديث عن السياق الثقافي والبيئي وأهم الأمراض السائدة في النجع.

نتائج الدراسة الميدانية

أولاً: السياق الثقافي والبيئي وأهم الأمراض السائدة: تفاعلت مجموعة من العوامل القائمة بالنجع في تهيئة المناخ للإصابة بالمرض، ومن هذه العوامل:

(أ) العوامل التي تتعلق بطبيعة العلاقات التي يشكلها النسق القرابي:

أوضحت الدراسة الميدانية وجود مجموعة كبيرة من الأمراض تتركز في مجموعة من العائلات دون غيرها وتشمل الكبار والصغار فيها. ومن هذه الأمراض نذكر على سبيل المثال لا الحصر: التخلف العقلي، الشلل النصفي، ارتفاع نسبة وفيات الأطفال. وقد دعى ذلك الباحثة إلى تتبع العلاقات القرابية بهدف محاولة الربط بينها أو التأكد من صدق الافتراض القائل بوجود العلاقة دالة بين المرض والزواج القرابي. وأمام هذا التساؤل قامت الباحثة برسم خريطة جينيالوجية لعائلات النجع، بدءاً من الجد الأول المؤسس للنجع وبامتداد أربعة أجيال، أي حتى الجيل الحالي. وأهم ما كشفت عنه نتائج الدراسة الجينيالوجية في مجال المرض ما يلي:

1. أن هناك علاقة بين زواج الأقارب في الأجيال الثاني والثالث والرابع، وبين ظهور حالات مرضية: تخلف عقلي، شلل وبالتحديد في عائلات (أ ، ب) في الجيل الثاني، و(ج ، هـ) في الجيل الثالث، و(ز ، ك) في الجيل الرابع.
2. كما لوحظ أن هناك علاقة بين زواج الرجل من أكثر من زوجة وبين تنحي

(1) George M. Foster and Barbara G. Anderson, Medical Anthropology, New York: John Wiley Sons, 1978.

بعض الخصائص المرضية بين الأجيال اللاحقة أو اختفائها تماماً بين أبناء الزوجة التي لا تمثل عنصراً قرابياً.

3. أن هناك علاقة بين زواج الأقارب وبين ارتفاع نسبة الوفيات في الأطفال لدى الزوجة التي هي من جماعة قرابية عاصبة للزوج، كما هو في الأسرة (ب) في الجيل الثاني والأسرة (م ، ك) في الجيل الثالث.

(ب) العوامل التي تتعلق بالظروف البيئية:

- اعتاد أعضاء المجتمع البالغون من الجنسين- ذكور وإناث- قضاء الحاجة- خارج المنزل تجاه الجبل ليلاً، وبداخل المنزل (في زريبة الحيوانات) نهاراً بالنسبة للإناث.

- شيوع تجفيف روث البهائم في أكوام أمام المنزل، نظراً لضيق المساكن من جهة، واستعداداً لنقله للحقول من جهة أخرى. وبذلك تصبح هذه الأكوام مناخاً خصباً لتوالد الذباب والبعوض خاصة في فصل الصيف. وفي نفس الوقت تمثل هذه الأكوام المكان المفضل للعب الأطفال والتعامل مع مكوناتها دون وعي من الأمهات أو الأخوات أو القريبات البالغات المقيمات في نفس المسكن بمخاطر ذلك وعلاقته بإصابة أطفالهن بالأمراض المختلفة. وقد لوحظ أن مثل هذه المناظر يمثل أمراً عادياً مألوفاً لجميع أفراد الأسرة من جهة، والمجتمع بصفة عامة من جهة أخرى، ولكنه يبدو شيئاً ملفتاً للانتباه بالنسبة للقادم من خارج النجع.

- عدم الفصل بين عالم الحيوان وعالم الإنسان- وبصفة خاصة من جانب الأطفال- داخل مورفولوجية المسكن من ناحية الحركة من جهة ومن حيث العلاقة بأواني الطهي وأواني الشرب والطعام.

- وقد لوحظ أنه من المألوف لأعضاء الأسرة أن يسمح لكل من الطيور والحيوانات أن تتحرك في نفس المكان الذي يجلس فيه الصغار أو تعمل فيه الإناث الأعمال المنزلية (الخبيز، الغسيل، الطهي)، وبالتالي قد نجد فم أحد الحيوانات في إناء الطعام الذي أمام الطفل أثناء تناوله طعامه، أو في كوب الماء الموضوع على الأرض أو في إحدى أواني تخزين المياه (البلاص) نظراً لانخفاضه واتساع فوهته لأنه متروك بلا

غطاء لسهو الطفل وضع الغطاء عليه، وانشغال الإناث عما يفعله الأطفال في الأدوات الخاصة بالشرب، حيث يضعون الكوب المخصص للشرب على الأرض، ثم يوضع في إناء الماء بما علق به من أتربة أو أي مواد أخرى، ودون تدقيق فيما إذا كانت يد الطفل نظيفة أم متسخة. إلى جانب ترك الطيور والحيوانات تأكل من نفس الإناء الذي يأكل فيه الطفل، الذي يقوم في معظم الأحيان بالاعتماد على نفسه في تناول الطعام في عمر لا يتجاوز 2-3 سنوات وبالتالي يؤدي ذلك إلى امتزاج لعاب الحيوان بطعام الطفل. وكل هذه المواقف والسلوكيات- غير الصحية- تعتبر عادات مألوفة لدى أعضاء النجع.

- كما لوحظ اعتياد الإناث عدم الفصل بين الأنشطة المختلفة التي يقمن بها أثناء النهار: إطعام الطيور والحيوانات، وتنظيف الزريبة، وجمع روث البهائم- وبين الطهي وإطعام الطفل أو حمله. ويعكس ذلك عدم الوعي بالمفاهيم الأولية للنظافة الشخصية. ولوحظ أن عملية التنشئة الاجتماعية الخاصة بالأنثى في النجع تجعلها تنخرط كنوع من التدريب والإعداد لأن تكون زوجة وأما في المستقبل بأن تتولى رعاية الأخوة الصغار من حيث حملهم وإطعامهم[1] بدون مراعاة حدود النظافة أثناء التعامل مع الصغير، حيث يؤدي ذلك السلوك في تلقائية ودون وعي منها بحدود النظافة، لأن هذه الأنثى في حاجة مسبقة لمن يرعاها ويوجهها إلى الحدود الدنيا للنظافة كغسيل الوجه صباحاً وغسل الأيدي عند الانتهاء من اللعب في الشارع أو عند إطعام أخيها الصغير أو بعد عملية الإخراج لها أو لأخيها.

- جهل أعضاء المجتمع باختلاف أعمارهم (ذكوراً وإناثاً) بمفهوم النظافة الشخصية اليومية أو الأسبوعية، فبالنسبة لنظافة الجسم يفتقد الفرد مفهوم نظافة الجسم أو حتى للأعضاء التي يزاول بها الأنشطة المختلفة، يغفل البالغون غسل الأيدي بالماء والصابون بعد قضاء الحاجة وبعد العمل وقبل تناول الطعام أو بعد الانتهاء منه، كذلك للإناث عند مزاولتهن لنشاط الطهي أو الخبيز، وتكون علاقة العضو بالماء من خلال

(1) نجوى عبدالحميد سعدالله، دراسة أنثروبولوجية لأنماط التنشئة الاجتماعية في مجتمع محلى بدوى ومجتمع محلي ريفي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات جامعة عين شمس، 1986، ص22.

الوضوء مرة أو مرتين في اليوم، وبالنسبة للاستحمام فيتم في النيل، ويكون على فترات متباعدة تصل إلى مرة كل أسبوعين صيفاً وكل من 20-30 يوماً شتاءً، أو عندما تتسخ ملابسه ويتغير لون الجلباب إلى اللون الرمادي أو الأسود. ولا يتم تغيير ملابس العمل إلا عند الخروج خارج القرية للذهاب إلى الطبيب أو إلى واجب عزاء أو حضور فرح. وقد يرجع غياب مفهوم النظافة إلى عدم توافر المياه بشكل ميسر للاستخدام، ومن جهة أخرى انخفاض المستوى الاقتصادي وتعذر الاتصال بمحلات بيع أدوات النظافة (الصابون والمنظفات الأخرى)، وبالتالي يصعب على أعضاء المجتمع إتباع الأساليب الصحية في حياتهم اليومية[1].

ثانياً: رعاية الأطفال: أكدت نتائج الدراسة الميدانية من خلال الملاحظة أن الطفل في نجع العبابدة لا يلقى الرعاية الصحية المناسبة في سنواته الأولى مثل غيره من أطفال القرية المصرية. ومن صور هذا الإهمال أنه ما من مرة تقع فيها عين الناظر على الطفل في القرية إلا وجدنا على وجهه أسراباً من الذباب- واشتهاره بالقذارة- فملابس الطفل دائماً مبتلة من أعلى جهة الصدر بسبب الإفرازات التي تخرج من الأنف والفم بشكل متكرر خلال فترة الأربعة أشهر الأولى وفترة ظهور الأسنان، ومن أسفل يبتل جلبابه خصوصاً في سن الحبو أو لسبب عمليات التبول المتكررة، أو بسبب انغماسه في بركة ماء، أو النزول في إناء به ماء. ولا تختلف درجة إهمال العناية بنظافة الطفل عنها في مرحلة المهد- كما لوحظ أن رعاية الأطفال بالقرية لا تلقى الاهتمام من جانب القائمين على الطفل- كالأم أو الأخت أو الجدة- من حيث عدم غسل الوجه كل صباح أو تنظيف الطفل بعد عملية الإخراج أو تغيير ملابسه عند اتساخها. بل كثيراً ما يظل الطفل بعد عملية الإخراج وطوال اليوم مبتل الملابس، وبدون غسيل الوجه[2]. إلى جانب ترك الطفل يتفاعل مع الوعاء البيئي المحيط به والذي يمتلئ بكافة مقومات الإصابة بالمرض.

---

(1) نبيل صبحي حنا، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر، مرجع سبق ذكره، ص81.

(2) نجوى عبدالحميد سعدالله، رعاية الطفولة في قرية مصرية كما تعكسها جداول استخدام الوقت في الأسرة، مرجع سبق ذكره، ص6.

ويرجع ذلك إلى عاملين، العامل الأول: ثقافي: وهو اعتقادهم بفكرة حسد الطفل وإصابته بالمرض إذا ظهر في شكل نظيف (جسمه أو ملابسه). ولذا تحرص الأمهات على عدم اقتراب الطفل من الماء بعد ولادته مباشرة وخصوصاً جسمه، خوفاً عليه من الموت بسبب غضب القرين أو الملائكة. العامل الثاني: اقتصادي: فقد لوحظ ترك الطفل (ذكر أو أنثى) بدون ملابس داخلية (سروال) بدءاً من سن الحبو لعدم توفر الماء والصابون والغيارات الكافية للطفل، ومن جهة حتى توفر الأم جهدها في تغيير الملابس حين تبتل، أو تشطيفه بعد التبول أو التبرز، بل عادة ما تمتص الأرض جزءاً منها، وتأكل الطيور التي تحيط بالطفل الجزء الآخر. وكثيراً ما يعبث الطفل هو الآخر بهذه البقايا مشاركاً للطيور أو مقلداً إياها. يضاف إلى ذلك أن تحقيق النظافة كمفهوم يصبح صعباً للغاية وسط هذه المؤثرات البيئية المختلفة.

غذاء الأطفال: تمثل الرضاعة الطبيعية من ثدي الأم المصدر الغذائي الرئيسي للطفل بعد ولادته، ويستمر حتى سن أربعة أشهر، تبدأ الأم بعدها بإطعام الوليد من طعام البالغين، وتعرف هذه العملية بعملية (التلحيس)[1]، مثل الفول المدمس أو الأرز أو الملوخية. وفي الصيف يكثر إعطاء الطفل عصير الليمون. ولكن لوحظ أثناء الدراسة الميدانية أن هناك حالتين يقمن بإرضاع طفليهما ألباناً أخرى هي لبن الماعز، لأنه على حد قول الأمهات خفيف ومتوفر في النجع، إلى جانب السوائل الأخرى، مثل الينسون والكراوية، وذلك بسبب ضعف حالة الأم أو إصابتها بضعف عام لأن هذا الوليد يمثل في ترتيبه الطفل الثامن بين اخوته بالنسبة للحالة الأولى. وبالنسبة للحالة الثانية إصابة أحد الثديين بخراج أدى إلى توقف إدرار اللبن واعتمادها على ثدي واحد مما دفع بالأم إلى الاستعانة بالرضاعة الخارجية كمساعدة للرضاعة الطبيعية من ثدي واحد.

ثالثاً: أمراض الأطفال

1- الإسهال أو النزلات المعوية: لقد أكدت نتائج الدراسة الميدانية تفاعل

(1) نجوى عبدالحميد سعدالله، دراسة أنثروبولوجية مقارنة لأنماط التنشئة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص199.

العوامل البيئية المختلفة المتمثلة في البيئة، التي تعد مرتعاً خصباً للذباب، وعدم توفر المياه وأدوات النظافة، واختلاط أو تداخل الحيوانات في معيشتها مع الإنسان، والعوامل الثقافية الخاصة بمفهوم الأمهات حول النظافة في تغذية الطفل، أن تجد أمراض الأطفال وبشكل خاص الإسهال والنزلات المعوية حيث أن الفرصة مواتية للنمو، وهذا ما أكدته الدراسة الميدانية. وجاء تفسيرهم لمرض الأطفال بالإسهال أو النزلات المعوية من وجهة نظر الأمهات إلى:

- عند تناول الطفل غذاء دسماً (لحم – طعام دسم).
- عند تناول الطفل لطعام مكشوف أو مختلط بالتراب.
- عند ظهور الأسنان أو الضروس.
- بسبب الحرارة الشديدة أو البرد الشديد أو أكل الأشياء الساخنة.
- عند ممارسة الأطفال للعب في الشمس أو النوم بدون غطاء.

2- أمراض الحمى (ارتفاع درجة الحرارة): يصاب معظم الأطفال باختلاف أعمارهم بارتفاع درجة الحرارة (الحمى) خاصة في فصل الصيف. وتفسير أهالي القرية سبب الحمى (أو السخانة) بارتفاع درجة حرارة الجو، وتترك الأمهات أطفالهن يعانون من ارتفاع درجة الحرارة لمدة تصل إلى 7-15 يوم ويكتفون بعلاجهم أو دهان الجسم بالليمون. وقد أكدت الدراسة أن الإهمال في علاج ارتفاع درجة حرارة الطفل أدى إلى آثار سيئة وصلت إلى حد الوفاة. ففي شهر يوليو 1989- أي أثناء فترة الدراسة الميدانية- أصيب حوالي 17 طفلاً من الجنسين (ذكور وإناث) بارتفاع درجة الحرارة. ولقد أدى الإهمال في العلاج والاكتفاء بالعلاج الشعبي (الإسبرين، الشاي، الليمون)[1] لفترة وصلت إلى 7-10 أيام، ثم بعدها تحرك الأهالي بأطفالهم إلى الوحدة الصحية بقرية اقليت، فتبين أن جميع الأطفال مصابون بالحصبة بسبب عدم تطعيمهم بالمصل المضاد لجهل الأمهات، كما أدى التأخر في الذهاب إلى الوحدة الصحية إلى وفاة طفلين تتراوح أعمارهم بين 3-6 سنوات وشاب يبلغ من العمر 17 سنة. كما

(1) حسن الخولي، الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث، الطبعة الأولى، دار المعارف، القاهرة، 1982، ص ص 410-415.

تروي إحدى الأمهات عن شكل آخر من أشكال الإهمال والتباطؤ في علاج ارتفاع درجة الحرارة، إلى إصابة الابن السابع الذي يبلغ من العمر 3 سنوات بارتخاء الأعصاب أفقده القدرة على المشي بعد أن كان هذا الطفل يمشي في العام الأول، وعندما ذهبت به إلى الوحدة الصحية تبين أن الأم تجهل تحصين الطفل ضد شلل الأطفال. وتحكي أخرى من أمهات القرية أن الإهمال في علاج ارتفاع درجة الحرارة أدى إلى وفاة طفلها الذي يبلغ من العمر 5 سنوات، بسبب التكاسل في الذهاب إلى الوحدة الصحية إلا بعد أسبوع من الإصابة بارتفاع درجة الحرارة، بعدها اكتشف الطبيب أن الطفل مصاب بالتيفود.

رابعاً: أمراض البالغين

تمثل البلهارسيا والمغص الكلوي وحرقان البول وارتخاء الأعضاء أو العضلات وفقدان الشخص البالغ القدرة على العمل وأحياناً على الحركة، بعض أبرز الآلام الشائعة بين البالغين وخصوصاً الذكور. ولقد أجمعت معظم استجابات أهالي القرية على أن أسباب آلام المغص التي تكثر منها الشكوى بينهم وعلى فترات متقاربة طوال العام هي:

1. ارتفاع درجة الحرارة في فصل الصيف.
2. استحمام الذكور في مياه النيل الباردة خصوصاً بعد يوم عمل شاق تحت حرارة الشمس.
3. تغير لون مياه النيل خصوصاً في فصل الصيف، ولقد ازدادت هذه الحالة بعد سقوط الأمطار والسيول على السودان.

خامساً: أساليب العلاج الشائعة

أجمعت آراء معظم أعضاء المجتمع من الذكور والإناث على استعانتهم بالعلاج الشعبي باستخدام النباتات والأعشاب البرية مثل: الحلف بر (نبات ينمو بالصحراء) ويستخدم في علاج المغص بغليه وشربه دافئاً، ونباتات الحرجل والشيح، أما الليمون والإسبرين ففي حالة ارتفاع درجة الحرارة إما بدهان الجسم به أو شرابه، أو بشرب الليمون ساخناً مضافاً إليه الشاي لعلاج ارتفاع درجة الحرارة أيضاً.

مناقشة واستنتاج

نخلص مما تقدم إلى أن تفاعل كل من العوامل البيئية المختلفة والعوامل الثقافية والممارسات المتباينة، أدى إلى صياغة مجموعة من المفاهيم التي تتبلور حول عدم توفر الوعي الصحي لدى أعضاء نجع العبابدة على اختلاف مستوياتهم العمرية- أطفال وبالغين- عن التلوث، وعدم الاهتمام بالنظافة بصفة عامة، وانعكاس كل ذلك على إصابتهم بكثير من الأمراض مثل: الحمى والمغص، والإسهال والجفاف والبلهارسيا والرمد، إلى جانب الأمراض المرتبطة بمرحلة الطفولة ذات العلاقة الوثيقة بالتطعيم بالأمصال في مواعيدها مثل شلل الأطفال، الحصبة، التيفود، الجدري، والأمراض الوراثية.

وقد تبدو مخاطر الافتقار إلى الوعي الصحي، والتي تتمثل في مفهوم الأهالي بصفة عامة، والأمهات بصفة خاصة، وأساليب مواجهتهم لها، إذ نجدهم يتركون المريض (طفلاً أو بالغاً) لعدة أيام وأسابيع دون محاولة مواجهة الموقف، وعادة لا يكون اللجوء إلى مصادر العلاج إلا بعد أن تصبح حالة المريض سيئة يصعب مواجهتها، حيث يدخل أفراد الأسرة المريض في الدائرة المغلقة التي تنتهي بإدانة مؤسسات العلاج الرسمي دون وعي بما فعلوه بمريضهم، من خلال اعتقادهم بأنه مرض ليس له سبب محدد أو واضح، أو لصعوبة الطرق الموصلة إلى أقرب مؤسسة للطب الرسمي. ومن هنا تقتصر محاولتهم الاعتماد على بعض البدائل الثقافية للعلاج، والتي تعارفت عليها البيئة، كالشاي مضافاً إليه الليمون، أو الليمون فقط، أو الأعشاب البرية، ثم الانتظار لكي يشفي مريضهم.

ومن جهة أخرى، فقد أدى عدم توفر مصادر المياه داخل البيوت، والصعوبة التي تلاقيها الإناث في جلب المياه اللازمة للاستخدام اليومي، إلى جعل عمليات النظافة- من حيث التشطيف والاستحمام- وتغيير الملابس بالنسبة للبالغين والأطفال، خصوصاً عقب عمليات التبرز والتبول، غير ذات أهمية. وإلى جانب الإهمال في نظافة الأواني الخاصة بإعداد الطعام وأواني الشرب، والاكتفاء في معظم الأحوال بتلويح (مصمصة) الإناء بعد استخدامه فقط بكمية قليلة من المياه لا تكفي

لتحقيق النظافة الكاملة، إلى جانب إغفالهن دائماً غسل الإناء قبل استخدامه حرصاً على كمية المياه، ومن جهة أخرى مفهوم الغالبية العظمى من الإناث من الوعي بمخاطر عدم استخدام الصابون في غسل الأواني.

ومما يلفت الانتباه أنه بالرغم من وجود مصدر للمياه في النجع يتمثل في وجود ثلاث طلمبات رفع المياه، إلا أن هناك اتجاه جماعي برفض الأهالي استخدام مياه الطلمبات في الشرب، وقصر استخدامها على سقيا الحيوانات. ويرجع ذلك كما يقولون إلى أن مياه الطلمبة (مُرة ولها ريحة) وبالتالي نلاحظ أن أهالي القرية مازالوا يعتمدون على مياه النيل كمصدر للمياه، بالرغم مما تعانيه الإناث من مشقة إحضار المياه من النهر على رؤوسهن، وصعود وهبوط حوالي 15 متراً نظراً لارتفاع مستوى النجع عن نهر النيل. ونتيجة لعدم توفر المياه بشكل ميسر للاستخدام بتعذر إتباع سلوك صحي- وبخاصة من قبل الأمهات- وبقية أفراد الأسرة بصفة عامة، حيث يتطلب استخدام المياه دائماً وجود شخص مساعد يقوم بصب المياه لمن يستخدمها بالإضافة إلى أن غالبية أعضاء القرية لا يستخدمون الصابون.

وليس ذلك مبرراً وحيداً أو كافياً لعدم تحقيق النظافة، بل أن هناك الكثير من المفاهيم حول الوعي الصحي بالنظافة، تشكل سلوك أعضاء المجتمع بصفة عامة والإناث بصفة خاصة، وهي أنه مادامت الأواني المستخدمة ومياه الشرب المجلوبة من نهر النيل لا يعلق بها شوائب من طين أو تراب أو غيرها من القاذورات التي يمكن رؤيتها بالعين المجردة فإنها بذلك تكون نظيفة. إلى جانب ذلك يتجسد تخلف الوعي الصحي إذ لاحظنا أثناء الدراسة الميدانية إغفال جميع أعضاء القرية باختلاف أعمارهم غسل الأيدي بعد قضاء الحاجة في حظائر الماشية داخل المنزل، أو في الأماكن الفضاء، كما تهمل الأمهات غسل الأيدي قبل إرضاع الطفل أو تجهيز وجبة الطعام له. وفي هذا الصدد يصبح غسل الأيدي جزئية في سياق سيء ملئ بالتلوث.

وفوق ذلك نلاحظ أن الممارسات اليومية للأمهات في الأسر الريفية تتطلب من الإناث أنشطة ترتبط بالعمل بحظائر الماشية، أو نقل السماد منها إلى جانب جمع الروث لصنع الجلة المستخدمة في الوقد، وبالتالي لا تفصل الأمهات بين هذه الأنشطة وبين أدوارهن الأخرى كرعاية الأطفال، إذ كثيراً ما يزداد بكاء الطفل فتتحول الأم من

قائمة بهذه الأنشطة إلى مرضعة لطفلها دون إتباع الإجراءات المرتبطة بمفهوم الوعي الصحي والنظافة مثل غسل الأيدي وتنظيف الثدي توطئة للإرضاع.

وبالإضافة إلى ما تقدم، فإن هناك تفاعلاً بين أفراد المجتمع والحيوانات في وعاء بيئي متقارب، فكثيراً ما نلاحظ وجود الأطفال الصغار والحيوانات (الماعز، الخراف، الكلاب، القطط، الطيور) تشغل حوش المنزل دون حدود فاصلة بينها، وهو أمر اعتادته معظم الإناث ولا يجدن غضاضة في ذلك كما لا يدركن مخاطره في إصابة الأبناء ببعض الأمراض، كما نجدهم كثيراً ما يقولون: (دي هيه حياتنا واحنا اتولدنا واتربينا والبيت فيه فراخ ومعيز وخرفان والحارس الله)، إلى جانب ارتفاع كثافة أفراد الأسرة داخل حجرة نوم واحدة مما يساعد على سرعة انتشار العدوى في حالة إصابة أي عضو من الأسرة. في ضوء هذا الإطار الثقافي والمفاهيم الاتكالية يصبح من الأمور الصعبة فصل الأطفال عن الكائنات الحيوانية أو تخصيص أماكن يلهون فيها، فالشارع والبيت والبيئة المحيطة ترزح بمقومات الإصابة بالأمراض التي لا يدركها أفراد المجتمع.

كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين طبيعة موقع مجتمع الدراسة (نجع العبابدة) بمنأى عن المجتمعات العمرانية المجاورة وما نتج عنه من صعوبة الاتصال بها، وبين حرمان المجتمع من الخدمات الأساسية التعليمية والصحية والاجتماعية.

وفي ضوء ذلك توصى الدراسة بما يلي:

حاجة نجع العبابدة الماسة إلى كثير من الخدمات على أن يراعى في تنفيذها مبدأ الأولويات من حيث مدى حاجة الأهالي للخدمة، وما يترتب على توفرها من حماية البيئة والتوعية الصحية من أجل الحفاظ على صحة الأهالي من الأمراض. ومن تلك الخدمات الملحة:

1. توفير المياه الصالحة للشرب.
2. توفير وسيلة دائمة للمواصلات تصل النجع بالقرية الأم التي تتوفر معظم الخدمات التي يستفيد بها أهالي نجع العبابدة والتي يتعذر توافرها بالنجع.
3. ضرورة إحياء كُتّاب القرية حتى يقدم خدمة تعليمية للإناث اللائي يحرم خروجهن من النجع.

4. توفير خدمة الرائدة الريفية من أجل تقديم التوعية اللازمة في كافة نواحي حياة المرأة وإرشادها إلى أهمية استثمار وقتها لما فيه نفع الأسرة، إلى جانب تقديمها للخدمة الصحية من خلال توعية أهالي القرية بمواعيد التطعيم للأطفال، وعمل الإسعافات الأولية وتدريب أهالي القرية عليها، مع النصح بضرورة الاستعانة بالطب الرسمي لعلاج الحالات المرضية قبل تدهورها.

الباب الثاني

دراسات في البيئة

الفصل الأول : الأبعاد الاجتماعية في مجال البيئة

الفصل الثاني : دراسات حديثة في الأنثروبولوجيا البيئية

الفصل الثالث: النظريات الاجتماعية للأدب

الفصل الثالث: تلوث البيئة في المجتمع المصري. رؤية تحليلية لأوراق ندوة المخاطر البيئية

الفصل الرابع : تلوث الماء والغذاء. السياق الاجتماعي والثقافي في عزبة خير الله بمصر القديمة

الفصل الأول

الأبعاد الاجتماعية في مجال البيئة (*)

مقدمة

إن الأسباب التي يسوقها علماء البيئة والمهتمون بصيانة الموارد الطبيعية للدولة حتى تستطيع أن تكفل الحياة الرغدة للأجيال الحالية والقادمة على حد سواء أسباب وجيهة بلا شك، ولكنها مع ذلك تبدو متعارضة مع بعض خطط التنمية التي لا تحسب حسابا كافيا للمستقبل. وهذا تناقض ملموس ويجب العمل على حله. لذلك فإن هدف الإدارة البيئية الرشيدة يتعدى مجرد صيانة الموارد الطبيعية إلى أن تكون هي نفسها مشاريع اقتصادية تعود بعائد مالي لا بأس به وإن يكن من الواجب عدم المغالاة في الارتكان إليه.

وفضلاً عن ذلك، فإن للإدارة البيئية الرشيدة فوائد تعليمية وتربوية لن تستطيع المشروعات الاقتصادية المتعجلة وغير المدروسة أن تقوم بها. فهي وإن كانت تنافسها في استخدام الأرض المتاحة فلن تستطيع منافستها في فوائدها الاجتماعية لترقية أحوال المجتمع.

وإن كانت هذه الفوائد الاجتماعية واضحة تماما للمسئولين، فإنها ما زالت خافية للأسف عن أعين معظم قطاعات الجمهور، ويلزمنا الكثير من الوقت والجهد حتى يتبين الجمهور ذلك. والوسيلة الوحيدة لذلك هي القيام بجهود مكثفة في هذا المجال. ومعنى هذا أن تكون المعلومات حول الفوائد الاجتماعية للإدارة البيئية الرشيدة متاحة للجماهير حتى ينصبوا من أنفسهم مدافعا عن بقاء الموارد البيئية وعن استمرارها وعن تنميتها. فتراثنا الطبيعي من الموارد الطبيعية يجب أن يعامل كما يعامل

(*) كتبت هذا الفصل الدكتورة هناء الجوهري.

تراثنا التاريخي من آثار فرعونية وقبطية وإسلامية، فالسياحة وحماية الطبيعة وجهان لعملة واحدة. تماما مثل السياحة وآثارنا التاريخية.

ولذلك فإن إدماج السياحة في خطة إدارة المحميات الطبيعية، بما يحقق الكسب المادي وتنمية الوعي الجماهيري خطوة هامة لخدمة المجتمع والتنمية. ويتطلب ذلك تحديد أعداد الزوار للمناطق الأثرية أو غرف متحف الآثار المصرية. لذلك يجب أن يكون عدد الزوار وتوقيت زيارتهم والتسهيلات المقدمة لهم ومقدار ما يدفع للزيارة، كل هذا يجب أن يكون موضع دراسة لكل منطقة على حدة. ومن المهم أن يكون من بين عناصر هذه الدراسة نوعية البيئة ومقدار تحملها للضغوط الناجمة عن الزيارة، وكذلك مدى تفرد المنطقة بمقومات الجمال الطبيعية الجاذبة للزوار ومقدار ما هم مستعدون لدفعه ولتحمله من مشاق للتمتع بهذا الجمال وبهذه المقومات. وهنا يجب أن نفرق بين الزوار الأجانب والمواطنين، فالأجانب لديهم معرفة مسبقة بقيمة مصر من الناحية السياحية ولديهم تقدير لتذوق مختلف النواحي الجمالية للمناطق الطبيعية والتاريخية ويدركون أن لها أغراضا متعددة. وهم على استعداد لدفع مبالغ معقولة للتمتع بتفرد هذه المناطق وبتراثها الطبيعي وبالجماليات البيئية والحضارة العريقة. وهم على استعداد أيضا لاحترام القواعد والتنظيمات التي تضعها الإدارة وخاصة إذا عملت الإدارة على تنفيذ تلك القواعد بحزم. أما الزوار المحليين، فإن بعضهم قد يكون في حاجة إلى استيعاب القيم الجمالية والتراثية للمناطق الطبيعية والتاريخية. وهم بالذات القطاع الذي يجب أن توجه إليه جهود التوعية المختلفة لتوعيته ولتثقيفه.

هناك إذن حاجة لا شك فيها إلى إحداث توازن بين الأغراض الجمالية والاقتصادية والثقافية والتعليمية وغيرها من الأغراض. وليس من الصعب الإقرار بذلك، ولكن الصعوبة الحقيقية هي إيجاد الصيغة التي يتم بواسطتها ضمان هذا التوازن. وهذه المسألة ما تزال موضع بحث، ويفضل النظر لكل منطقة على حدة طبقا لظروفها. إذ لا يمكن تطبيق قاعدة واحدة بنجاح على مناطق ذات طبيعة وظروف مختلفة. بحيث تظل قواعد الإدارة البيئية في تغيير مستمر وتطراً دائما أفكار جديدة بناءً على الخبرة المكتسبة في كل منطقة على حدة. وذلك أيضا حتى يتميز أسلوب وضع

القواعد لكل منطقة على حدة - فضلا عن ذلك - بقدرته على إكساب كل منطقة الحد الأقصى من كل من العائد الاقتصادي والثقافي.

ولا يعني ذلك أنه لا توجد قواعد عامة وخطوط إرشادية للإدارة البيئية في مجموعها، فهناك خبرة مكتسبة من خلال العمل على مدى أكثر من قرن من الزمان تفيد في ألا تبدأ الإدارة البيئية عملها من فراغ تام، فعليها أن تراجع القواعد العامة المشار إليها وأن تطبق منها ما تراه مناسبا وان تعدل فيما لا تراه مناسبا حتى تخرج بالصيغة المثلى لما تحت يديها من مسئوليات، وبما يناسب احتياجاتها وأوضاعها وأغراضها وظروفها. ومما يزيد من مسئولية الإدارة البيئية في شأن وضع القواعد التنظيمية، أن هناك أهدافا قومية عامة، ولكن هناك أيضاً أهدافاً محلية أخرى، ولذلك تترك مهمة الموازنة - بين الأهداف المحلية والأهداف القومية - للإدارة البيئية. ويراعى أن تكون السبل العلمية التي توضع لتحقيق الأهداف التنموية قابلة للاستمرارية وأن يتقبلها المواطنون المحليون، وأن تكون صالحة ومجزية لجميع الأطراف المشتركة.

وهناك اعتبارات أخرى يمكن أن تراعى عند وضع سياسة للإدارة البيئية تأتي في الصف الثاني من الأهمية، من بينها وجود موارد طبيعية أخرى في المنطقة، أو وجود مزارات سياحية أخرى، وطبيعة هذه الموارد أو المزارات وحجمها وأهميتها ونوعيتها وطرق المواصلات ونمط التوزيع السكاني والأنشطة الاقتصادية السائدة أو المنفردة، ونمط استخدام الأرض في المنطقة المحيطة وذلك على سبيل المثال لا الحصر.

إن وضع خطة للإدارة البيئية في مصر، مع أخذ العوامل السابقة في الاعتبار ليس أمرا سهلا، كما هو واضح، يضاف إلى ذلك أن هذه العوامل تتغير مع الوقت، وهذه مسئولية يجب أن تراعى.

ويتضح من ذلك أن الهدف الأساسي للإدارة البيئية هو قدرتها على الموازنة بين كل الأغراض المختلفة دون أن يكون هناك مجال للتضارب فيما بينها، فالسياحة لا يجب أن تؤدي إلى زيادة أعداد الحيوانات بما يخل بالتوازن البيئي، والبحث العلمي لا يجب أن يؤدي إلى تدمير أو إتلاف الكائنات الحية، وحظر الصيد لا يجب أن يؤدي إلى تكاثر الكائنات الحية بأكثر من طاقة النظام البيئي على التحمل، وعلى الإدارة أن

تعمل على التنسيق بين هذه الأغراض وتفادي التضارب فيما بينها. ويلزم أن تكون الإدارة ديناميكية وبعيدة النظر وقادرة على حساب التوابع البيئية الإيجابية والسلبية الناشئة عن قراراتها حتى يمكن اتخاذ القرارات الأكثر فائدة والأقل ضررا والمسايرة لتغيرات الطبيعة.

كما أن حماية البيئة وسلامتها من الاعتداءات المحتملة عليها أمر يجب وضع الضمانات الكافية له، عن طريق التشريعات والتنظيمات القانونية التي تتناول الجهة الإدارية المسئولة عن كل قطاع. لذلك يجب استصدار التشريعات والقرارات اللازمة التي تخدم هذا الهدف.

ومع هذا فالقانون وحده لا يكفي دون التوعية الجماهيرية المكثفة والفعالة، كما يجب استكشاف واستطلاع الأنشطة الاقتصادية التي تجري في كل منطقة وتقييمها من حيث ضررها أو فائدتها وضمان أمنها وسلامتها وحسن أدائها لأغراضها بالنظر لقضايا البيئة.

ولا تتحقق الأغراض الأساسية من صيانة البيئة وتنمية مواردها وإجراء البحوث والدراسات العلمية، والرصد البيئي والتعليم والتدريب البيئي، والسياحة إلا إذا كانت إدارتها على أعلى درجة من الكفاءة. لذلك فإنه يجب اعتبار تدريب العاملين في هذا المجال عملية حيوية متواصلة.

1. إدارة الموارد البيئية في المجتمعات النامية

إن تنظيم الموارد البيئية يعد من أهم التحديات التي تواجه الدول النامية. فمع حركة التقدم المتلاحقة في الدول النامية لم يعد تأثير النمو الحضري والصناعي على البيئة مقتصرا على المدن الغنية فقط، بل أصبح مشكلة ملحة في جميع أرجاء العالم. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مشكلة الفقر قد أصبحت تمثل تحديا حقيقيا يواجه جهود الإدارة البيئية. إن مواجهة تلك التحديات يتطلب تضافر كل الجهود على جميع المستويات، المستوى الحكومي، ومستوى الهيئات غير الحكومية والجمعيات الأهلية والمجتمعات المحلية والمواطنون ذاتهم.

أولاً: يجب أن تكون هناك حكومة، حيث أن الإدارة الحكومية الحازمة لها أقوى الأثر في اتخاذ القرارات المتعلقة بالبيئة[1]. فعلى الحكومات التخطيط للتنمية وتنظيم الأنشطة المسببة للتلوث مع ترشيد استخدامات الموارد البيئية. لذلك فإن للإدارة المحلية دور حساس للغاية، حيث أنها مسئولة عن الجوانب البيئية والتخطيط للاستخدام الأمثل للأرض في التنمية الاقتصادية بالإضافة إلى السيطرة على وسائل التلوث. ولمواجهة تلك التحديات فعلى الإدارات المحلية أن تقوم بتنمية إمكانياتها إلى أقصى الحدود. حيث أن تلك الإدارات سواء في الدول المتقدمة أو النامية واقعة تحت ضغط قوى بتأثير التغيرات المتلاحقة سواء المرتبطة بالزيادة السكانية، أو المرتبطة بالموارد، فأحيانا لا يتوافر التمويل أو الموارد الكافية لمواجهة تلك المشاكل المتزايدة. وهذا ينطبق بالفعل على الدول النامية، حيث نجد مظاهر النمو الحضري المتزايد مع عدم ملائمة الهيكل التنظيمي أو توافر التمويل الاقتصادي اللازم. ويبدو على نفس الدرجة من الأهمية، الحاجة الملحة للاعتماد على المجتمعات ذات الدخول المحدودة للنهوض بالبيئة الخاصة بها، حيث نجد أن تنظيم المجتمع لا يعتبر بأي حال من الأحوال عاملا لدعم سياسة التدخل الحكومي. وبالرغم من أن التدخل ضروري للسيطرة على المشاكل المتعددة المتداخلة مثل الفقر والممارسات السيئة الضارة بالبيئة، إلا أن قيام المجتمعات بمساعدة ذاتها يمكن أن يكون في حد ذاته قوة عظمى دافعة للتغيير، لأنه من المؤكد أن أغلب صور النجاح خلال العقود الثلاثة الماضية كانت مشروعات قائمة على نشاط المجتمع ذاته.فعلى سبيل المثال أظهر مشروع الزبالين بالقاهرة أن أغلب الممارسات الضارة بالبيئة تظهر واضحة في المناطق الفقيرة، مع الوضع في الاعتبار أن أفقر المواطنين هم أكثر الفئات تضررا من تلك الممارسات. وهنا تبدو الحاجة الملحة إلى العمل على تنمية البيئة. وسوف يركز هذا الجزء من الورقة على بعض المفاهيم والإشكاليات التي تواجه الإدارات المحلية والسياسات الإستراتيجية خلال قيامها بتدعيم دورها وإمكانياتها لقيادة عمليات حماية البيئة. وكذلك استراتيجيات تدعيم وتقوية دور المجتمعات المحلية ذات الدخل المحدود مع تيسير وصولهم إلى الموارد اللازمة للنهوض بظروف المعيشة العامة.

2. بعض مفاهيم إدارة الموارد

أ. الإدارة المجتمعية للموارد

إن الاختراعات والابتكارات الصناعية مثل: السكين، التجديف، حصاد المزروعات، تهجين الحيوانات، الكتابة، التعامل مع الكهرباء والطاقة، كل تلك الاختراعات كان لها أبلغ الأثر على نوعية الحياة الإنسانية. إلا أن الحضارات تصل إلى كل مرحلة من خلال تقييم وتحليل التجربة والخطأ. فإذا ما تم استنزاف كل الموارد الطبيعية، فإن تلك الحضارات سوف تتعرض حتما للانهيار. فهناك بعض الحضارات التي اندثرت ولم يعد لها أثر والبعض الآخر لها آثار طفيفة واهية، مثل حضارات الجزر الشرقية. ولا يمكن تجاهل العنصر البشري في اتساع رقعة الصحراء منذ زمن قديم وكذلك علاقة سكان المناطق الأصليين بالبيئة(2).

فحيثما يكون هناك تجمعات بشرية تظهر القرى والمدن في تجانس مع النظام البيئي وتبدو في صورة ثابتة وراسخة. وبالرغم من التفسير الجمالي، فإننا نلاحظ أن المفهوم الجمالي بإمكانه استيعاب عدد من اللوائح والقوانين المطروحة لتصبح مثل الإعجاب بقطعة جميلة من النسيج.

وفي أغلب التنظيمات، تكون التعليمات صريحة لتنظيم استخدام الموارد المتاحة، مثل لوائح تنظيم المباني في المدن، وأغلب الحضارات ما زالت تخضع لنظام اجتماعي يرتبط بالمفاهيم والإيحاءات الدينية التي تعتبر جزءاً من تكوين تلك المجتمعات. إن سر تلك المفاهيم ينبع من ملاءمتها لإطار التكوين الاجتماعي والذي يخضع له المجتمع ككل. ولكن إذا لم تتطابق تلك القواعد فلسوف تتهاوى تلك المفاهيم وتهوي معها الحضارات القائمة عليها(3).

ب. الإدارة الإقليمية للموارد

من المتعارف عليه أن القواعد من صنع الأفراد وبذلك تكون قابلة للمراجعة والتغيير حينما تدعو الحاجة إلى ذلك. فالعائلات الإقطاعية أو الرأسمالية كانت تدرك قديما أن بإمكانها حصاد ثمار ممتلكاتها فقط، بحيث كان التطابق بين السلام الاجتماعي والاستقرار الاقتصادي على مستوى المجتمع عامة عاملا مساهما في تدعيم

وترشيد عملية الانعكاس الذاتي. ولكن بشرط ألا يكون لصالحهم الشخصي، ولكن من منظور مرتبط بمصالح المجتمع عامة. في هذا النموذج من الإدارة المحلية القديمة، تخضع الموارد الطبيعية المرتبطة بالأرض والتخطيط العمراني دائماً للمناقشة والحوار. وكان يتم التعامل معها بنجاح لأنها كانت واضحة وأسهل في التواصل والإدراك. وغالبا ما كان يتم الاتفاق بناءاً على الخضوع لإدراك المواطنين للناحية الجمالية. ولكن تلك المقاييس ليست متاحة في المجالات الاقتصادية والنظام العام والصحة والتعليم والدين. فلم يكن من السهل وضع حد للصراعات والمنازعات حيث لم يكن متعارف على الوسائل السلمية للتعامل مع المنازعات العامة. ولقد أكد التاريخ أن المفهوم القديم للإدارة النابع من المصالح الفردية لم يعد مناسباً للتطبيق العام[4].

ج. الإدارة المركزية للموارد

يبدو أن هناك مفهوما شائعا بأن الملكية العامة تشمل السيطرة الكاملة على كافة الموارد الطبيعية والبشرية. وقد قامت بعض المؤسسات الدولية مثل UNED بالدعوة إلى عقد معاهدات دولية تتعلق بتغير المناخ، حماية طبقة الأوزون، وحماية الموارد البحرية، مع إصدار وثائق مثل جدول أعمال 21. ومع ذلك فإن معظم النماذج الهرمية للحكم وخاصة الحكومة السياسية ذات الاتجاه من أعلى إلى أسفل لها سلبيات وإيجابيات. حيث تعتمد شرعيتها على الأداء الذي يدعو إلى التخصص، والتخصص يدعو إلى التركيز والمنافسة على جميع المحاور.والمنافسة هنا تدعو إلى أن يكون التخصص مطلقاً، وبذلك ينعزل عن تعقيدات الواقع. وبناءً على ذلك كانت الحلول المتخصصة للمشاكل المحلية تتجه إلى الأساليب التكنولوجية. بمعنى آخر، إيجاد حلول محددة من حيث المقاييس الاجتماعية والزمنية تتفوق على الأساليب المحلية التقليدية، ولكنها قد لا تضع في حسبانها أي جهود سلبية أو إيجابية أو تتجاهل إمكانيات السكان المحليين.

إن مفهوم التأثير قصير المدى قد يشمل المؤسسات المحلية التي تحافظ على الهوية المحلية. ولكن على المدى الطويل قد تؤدي التنمية الرأسية في مجال الزراعة على سبيل المثال إلى إنتاج كميات كبيرة من المخصبات، أو ينتج عن ذلك في الصناعة إقامة عدد كبير من المباني غير المستخدمة. وهناك بعض الخسائر التي قد تحدث في ذلك النظام

نتيجة الاتجاه المحوري إلى احتكار المعرفة والقوة عن طريق الإبقاء على عدم أهلية الطبقة الدنيا مع إيجاد مراكز للمواطنين على كل المستويات.

وعلاج ذلك القصور يمكن أن يكون عن طريق انتشار اللامركزية. ولكن أغلب ما كتب عن اللامركزية يدور حول الفجوة ما بين تفويض الاختصاصات وتأكيد التلاؤم المركزي بين الميول والحماس المحلي وبين الاقتصاديات ذات المستوى المرتفع. وأيا كان التوازن المقترح، فإن الواقع يؤكد أن اللامركزية تأتي على القمة في نظام الحكم الهرمي.

وهناك إستراتيجية أخرى تهدف إلى استخدام الإمكانيات المحلية المتاحة، ومن الممكن أن يكون ذلك عن طريق البنك الدولي وبعض المؤسسات المانحة الأخرى والتي تدعو الحكومات إلى التحرك والعمل الجماعي العام[5]. ولكن ذلك يعد أمراً باهظ التكاليف لأنه يتطلب وجود مهارات بشرية على مستوى عال من الخبرة كما يتطلب الكثير من الوقت لحث المواطنين على التحرك حتى لو لم تكن السياسة متأثرة بالمصالح الثابتة للحكومة المركزية.وهناك نماذج تنظيمية مثل النظام الإقطاعي الذي يمكن أن تتوافر له الظروف المناسبة حيث أن كل مقاطعة تمتلك قوانينها الخاصة للنمو.

إن نظام الحكم الفردي مثل المؤسسات السياسية يفترض الشرعية، حيث أنها توفر مقاييس تحمل المسئولية وتأتي المهارات في المرتبة الثانية. وعلى العكس فإن الاقتصاد في المفهوم العام يعتمد على فكرة الفاعلية التي تنبع منها الشرعية والصفة القانونية. حيث أنها تتعهد بالاستخدام الأمثل للموارد المتاحة التي تتغير نتيجة للقوانين ومتغيرات السوق والتي تضمن توزيع أفضل العناصر من خلال قرارات فردية مع استغلال العناصر الاقتصادية إلى أبعد مدى[6].

إن الاقتصاديين الذين يعترفون بأهمية وضرورة المؤسسات العامة، يحاولون المواءمة مع تلك المؤسسات عن طريق استخدام مفهوم حقوق الملكية. وهذا ما يسمح بعزل المشكلات والتعامل بصورة فردية مع أي مشكلة مرتبطة بالموارد كجزء من كل الحقوق الخاصة بمنطقة أو أرض ما[7].

وفيما يختص بإدارة الموارد الطبيعية، فإنهم يقترحون إيجاد أشكال مهجنة تؤدي إلى تزاوج الاقتصاد والإدارة لحماية وترشيد استخدام الموارد النادرة. وهناك اقتراح آخر مرتبط بمشاركة القطاعين العام والخاص. فالخدمات العامة التي كانت تقوم على إدارتها المؤسسات العامة، يتم تسليمها إلى مؤسسات خاصة خاضعة لمتطلبات السوق تحت الإشراف العام(8). وفي كلتا الحالتين، فإن السؤال العام المطروح الآن لاستخدام الموارد العامة هو: من يتولى الإدارة؟ الاقتصاد الذي يضمن أفضل استخدام للموارد، ولكن إلى أي حد وأي مدى زمني؟ أو المؤسسات التي تعتقد أنها تمتلك القوانين الملائمة، ولكنها لا تضمن الاستخدام الأمثل وخاصة على المدى الطويل.

د. إدارة الموارد على مستوى الإدارة المحلية

إن مفاهيم الاقتصاد والإدارة مفاهيم مجردة، يجب أن ترتبط بإعادة الإنتاج الحيوي والنواحي الاجتماعية للفرد. وهي تنمية المكونات المتغيرة. والعوامل الاجتماعية للإنسان تعني أيضاً الرغبة الإنسانية الطبيعية لتكوين مجتمعات محلية. فالحضارات التي استمرت هي تلك التي قامت بتأييد فكرة ارتباط الفرد بمكان محدد وإيجاد مجتمع يراعي مواطنيه مع النظر إلى المستقبل.

ولذلك فإن مفهوم المستوطنات لا ينطبق فقط على علاقة الإنسان بالبيئة ولكن أيضاً على الجوانب الاجتماعية والسياسية والثقافية التي تدور في دوائر متكاملة. ومع ذلك فإن الاتجاهات السياسية الحالية، وكذلك التيارات العلمية تدعو إلى تجاهل المجتمعات المحلية خاصة فيما يتعلق بالإسكان واستخدام الموارد، برغم أن التاريخ الاجتماعي يقدم نماذج كثيرة لإمكانية حل المشاكل المرتبطة بالمستوطنات(9).

فقد أدت قوانين الإدارة المحلية قديما إلى ظهور أفكار ثورية عن الحق في اتخاذ القرارات المرتبطة بالمجتمعات ذات الحكم الذاتي، وأصبحت المدن تحصل على الحكم الذاتي في بعض الجوانب. والطبقة الحاكمة المتحفظة أمكنها أن تتقبل ذلك، حيث أن ذلك قد ساعد على الحد من الاتجاه الثوري نحو الحرية الفردية لأن وسائل ممارسة الحكم الذاتي يمكن السيطرة عليها.

ولكن القادة المحليين يعتقدون أن دورهم يخرج عن النطاق السياسي. كما أن فكرة الاعتماد على النفس في اتخاذ تلك القرارات قد تراجعت إلى حد ما. وكانت هناك تجارب كثيرة في التعامل مع المشاكل الملحة في ذلك الوقت. كالفقر الحضري والمسكن غير الملائم وعدم فعالية الخدمات العامة ونقص التعليم والمخاطر الصحية.

ولقد كانت تلك المشاكل تترك للمحليات، إلا أن الحكومة المركزية أدركت أن وسائلها قد صارت غير ملائمة مع نقص التمويل. كما أن الأفراد والشركات، رغم أنهم مستفيدون حتما من التنمية الصناعية والبيئية، إلا أنهم يرفضون دفع الضرائب المستحقة. وبعد فترة تجربة طويلة مصحوبة بالعديد من التجارب والخبرات المستفادة، قامت عدة مدن في وقت قصير باستخدام نفس الوسائل للتعامل مع المشاكل، مثل سن القوانين ووضع الخطط العامة ومنح السلطة المحلية التخطيط الاقتصادي وإقامة البنية الأساسية العامة(10).

وقد أكدت هيئة المعونة الفنية الألمانية في السنوات الأخيرة على جوانب إدارة الحكم في مجال إدارة البيئة. وفي هذا المضمار نجد أن البنك الدولي يتميز بدور أكبر عن غيره من المؤسسات المانحة الأخرى(11).

فالنزعة البشرية الطبيعية للحياة في مجتمع سكني تضع حدودها طبقا للسمات المميزة للظروف الطبيعية وكذلك إمكانيات كل مجتمع. وتلك الإمكانيات تتعلق بالوسائل الفنية المتاحة لإدارة الحكم ومساهمات الأطراف المعنية وقوة العلاقة مع المنظومة المتكاملة للمجتمعات على كافة المستويات.

والإنسان بطبيعته البشرية مؤهل لقيادة قبيلة أو قرية، ولذلك فإن أداء أي مجلس اليوم لا يختلف كثيرا عن أداء مجلس القرية، لأن الشرعية التي هي وقود إدارة الحكم تعمل بصورة أفضل في المجتمعات الصغيرة بينما نجد أن الوحدات الكبيرة تواجه صعوبة في الحصول عليها. وتؤدي الأفكار المطروحة لتنظيم الوحدات الأكبر إلى ظهور ممارسات رسمية تناسب تلك الوحدات(12).

وتعتبر حركة المهتمين بعلاقة الإنسان بالبيئة جزءا من الكل، إلا أن وسائلهم تختلف عن معالجة الإداريين للموارد عن طريق التشجيع والثقة في صلابة أنماط

المجتمع. أن التنمية السليمة تؤدي إلى إدارة الحكم، وإدارة الحكم تؤدي إلى التنمية السليمة. وهناك آخرون يعتقدون أن مفهوم انتعاش علاقة الإنسان بالبيئة يمكن أن يساهم في حركة المجتمعات المحلية على المدى الطويل[13].

3. تدعيم دور الإدارة المحلية في مجال البيئة

تلعب الإدارة المحلية دورا محوريا في إدارة البيئة، حيث أنها غالبا ما تتحمل المسئولية الرئيسية للبنية الأساسية والتخطيط لاستخدامات الأراضي، كما أن لها دورا مباشرا في توفير الخدمات الأساسية مثل المياه والصرف الصحي والتخلص من القمامة.

ونظراً لصعوبة وتعدد مجالات تلك الخدمات المطلوب توفيرها، فيجب توافر العناصر الآتية: مؤسسات ومنظمات ذات إمكانيات ملائمة، وخطوط سياسية واضحة، مع توافر الإمكانيات البشرية الملائمة. ويجب توافر كل تلك العوامل لقيام الحكومة بدور فعال في مجال إدارة البيئة، إلا أنه غالباً ما يصعب توافر كل تلك العوامل بصورة ملائمة. ففي أغلب الدول النامية، لا تستطيع الإدارات المحلية توفير الخدمات الأساسية بغض النظر عن تنظيم وتدعيم التشريعات المنظمة للبيئة[14]. وتواجه معظم المدن في الدول النامية الآن مخاطر التلوث مع ضعف البنية الأساسية وعدم توافر التمويل الاقتصادي الملائم لتوفير رأس المال اللازم وعدم مواجهة توفير خدمات البنية الأساسية[15].

وهناك شطر آخر من المشكلة، ألا وهو أن معظم الحكومات في الدول النامية، كانت بها حتى وقت قريب حكومات مركزية[16]. ولكن في أواخر الستينات والسبعينيات أقامت بعض الحكومات المركزية مؤسسات وطنية للإسكان، وهيئات للتنمية الحضارية، وكذلك هيئات لتخطيط تنظيم الأراضي وذلك للسيطرة على النمو الحضري من خلال نظم حكم جديدة تساعدها على تدعيم قوتها[17]، ومن هذه الدول مصر.

ولقد كان من المفترض أن تكون تلك المؤسسات والهيئات ذات إمكانيات قوية للتعامل مع التنمية واستثمارات البنية الأساسية، حيث تتوافر لها سلطات أكبر وموارد اقتصادية أكثر فاعلية بالمقارنة بتلك المتوافرة بالفعل للهيئات المحلية الحالية. إلا أنه بعد

زيادة تلك المؤسسات، ظهر تضارب على مستوى الاختصاصات والمسئوليات في مواجهة المصالح السياسية. حيث نجد أن الهيئات المركزية تقوم بتنفيذ مشروعات البنية الأساسية، ثم تحيل مسئولية إدارتها إلى الهيئات المحلية التي لا تتوافر لديها الموارد المالية أو الفنية لإدارة أو صيانة تلك المشروعات.

وبالإضافة إلى ذلك فإن المؤسسات المركزية تفتقد السبل الملائمة لتوفير المشاركة العامة في تلك المشروعات[18]. ونتيجة لهذه العوامل كلها، ظهر في أواخر الثمانينات اتجاه قوى نحو اللامركزية مع اتجاه معظم الحكومات المركزية إلى نقل بعض القوة السياسية إلى وحدات الإدارة المحلية[19]. إلا أن مجال وجود تلك اللامركزية يختلف بصورة كبيرة، ففي العديد من دول أمريكا اللاتينية على سبيل المثال كانت اللامركزية تعني نقل السلطة من محافظ مركزي إلى آخر يتم انتخابه عن طريق الانتخابات العامة[20]. وعلى العكس من ذلك في بعض الدول الأفريقية بدت اللامركزية كمجرد اسم فقط، حيث استمرت الحكومة المركزية في اختيار وتعيين مسئولي المجالس المحلية مع السيطرة على قرارات الإنفاق المحلي[21]. باختصار، فإن اللامركزية لم ينتج عنها انتقال حقيقي للسلطة الإدارية أو الاقتصادية أو تزايد المسئولية الانتخابية للمجالس المحلية[22].

ويعد إحجام الحكومات المركزية عن نقل السيطرة على الموارد الاقتصادية والمسئوليات التنفيذية إلى المحليات أمرا مفهوما من خلال المفاهيم السياسية[23]. وبالإضافة إلى ذلك فليس هناك ضمان يؤكد أن الحكومة المحلية سوف تقوم بدور أفضل من الحكومات المركزية. فالإدارة المحلية الناجحة تستطيع أن تمارس سلطاتها إلى مدى أبعد من الموارد الاقتصادية والمهارات الفنية[24]. فعلى سبيل المثال، يجب وجود سيطرة سياسية حازمة لتطبيق ضريبة جديدة على الممتلكات، لذلك نجد أن بعض القيادات المحلية تجد أنه من الأفضل تجاهل احتياجات فقراء المدينة بدلا من فرض ضرائب جديدة على القادرين ماديا[25]. وبالرغم من تلك الصعاب فقد بدأت العديد من السلطات المحلية في التعامل ومواجهة مشاكل البيئة.

وفي بعض المدن الأخرى ما زالت هناك حاجة ملحة لإقامة مؤسسات للتخطيط المحلي للعمل على المستوى المحلي[26]. وهذا سوف يتطلب دعم موارد الدخل المحلي

من أجل تدعيم متطلبات التخطيط لرفع الكفاءة الفنية والإدارية لأفراد الإدارة المحلية[27]. كما أن تلك الحقبة ذات المسئوليات المتزايدة تتطلب المشاركة مع أطراف أخرى بما في ذلك القطاع الخاص.

أ. إيجاد مصادر متجددة للدخل

بالرغم من أن الحكومات في الدول النامية لديها مستويات من المسئوليات تختص بالخدمات والبنية الأساسية تقارن بمسئوليات الإدارات المحلية في الدول المتقدمة. إلا أن مصادر الدخل تكون أقل من المطلوب بصورة ملحوظة[28]. غير أنه في بعض الدول الأكثر فقرا، تعمل الإدارة المحلية على أساس ميزانية سنوية محدودة. وهذا يؤدي بالطبع إلى الحد من إمكانية تمويل بعض الخدمات أو التوسع في البنية الأساسية المطلوبة[29].

ولذلك فإن محاولات زيادة الأساس الاقتصادي للإدارات المحلية يجب أن يشمل إعادة تشكيل التوجيه المباشر للتحويل من الحكومة المركزية إلى الإدارة المحلية. وهذه التحويلات تعتبر أحد أهم مصادر التمويل في الدول النامية. إلا أنه في بعض الأحوال تكون تلك التحويلات خاضعة للتدخل السياسي، وبذلك قد لا تكون منتظمة في التوقيت ولا تضع في الاعتبار الظروف والأولويات المحلية[30].

ب. بناء القدرات المؤهلة

إن وجود دخل أكبر لا يضمن تأثيراً أكثر فاعلية للإدارة المحلية[31]. فبالإضافة إلى توزيع التمويل، فإن الإدارة البيئية الفعالة تتطلب وجود أفراد ذوي خبرة إدارية أو اقتصادية أو فنية ملائمة. إن المهارات الملائمة ضرورة في العديد من المجالات منها: وضع القوانين والتشريعات وإدارة البيئة وتقدير التكاليف[32]. ولكن في العديد من الدول النامية هناك نقص شديد في الأفراد المؤهلين، ذلك أن نقص التدريب وانخفاض الأجور وفرص العمل المحدود تمثل عوائق في طريق جذب المهارات الإدارية المطلوبة.

ولذلك فإن بناء قدرات المسئولين عن الجوانب البيئية في الإدارة المحلية سوف يتطلب مزيدا من الالتزام تجاه المزيد من التدريب والمساهمات البيئية على مختلف المستويات[33]. فالحكومة الوطنية يمكنها أن تلعب دورا هاما في تدعيم إمكانيات

الإدارة المحلية عن طريق توفير التمويل اللازم لتدعيم جهود التدريب المحلية وتنفيذ برامج للمساهمات الوطنية في الجوانب البيئية، خاصة على مستوى موظفي المحليات. حيث يمكن إرسال فريق من المسئولين المدربين من الحكومة المركزية إلى مكاتب الإدارات المحلية لتقديم المشورة اللازمة إلى المسئولين في المجالس المحلية، ومساعدتهم على تحسين المهارات الفنية والتحليلية لموظفيهم، أو إنشاء مراكز إقليمية تقوم بتنظيم دورات تدريبية في مجالات التخطيط، ووضع الميزانيات المحلية وبعض المهارات الأساسية الأخرى المطلوبة لأفراد الإدارات المحلية.

ج. الشراكة مع أطراف أخرى

بالرغم من أن الحكومات المركزية تقوم بتوفير الخدمات الأساسية إلا أن هناك العديد من المشاكل والصعوبات التي تواجه تلك الحكومات، لذلك قد لا تستطيع الإدارات المحلية مواجهة تلك الصعوبات بمفردها نتيجة لإمكانياتها المحدودة. ولابد أن تقوم الإدارات المحلية بالتركيز على الاستفادة القصوى من الموارد المحلية المتوافرة من خلال قيام الشركات الخاصة بتوفير رأس المال وفرص العمل المطلوبة، مع قيام المنظمات غير الحكومية بتوفير المعلومات ووسائل الاتصال والإعلام.

ولقد ظهر هذا خلال السنوات الأخيرة لتحويل الخدمات العامة إلى القطاع الخاص[34]. وذلك عن طريق منح عقود لبعض الخدمات البيئية إلى الشركات الخاصة التي تقوم بالاقتصاد في التكاليف إلى أقصى حد ممكن. وهنا تبدو عوامل المنافسة مع الجودة الملائمة، حيث أن القطاع الخاص في إمكانه أن يقوم بالحد من التكاليف إلى أقصى حد بدون المساس بجودة الخدمات مثلما الحال بالنسبة لخدمات جمع القمامة التي تقوم الشركات الخاصة من خلال عقد من الإدارة المحلية بتقديمها بجودة عالية أكثر مما كانت تقدمها الإدارة المحلية ذاتها[35]. ومن أجل أن تصبح المشاركة فعالة إلى أقصى حد، فيجب أن يتوافر بعد النظر الملائم للتعامل مع تلك الخدمات[36]. حيث أن الشراكة ما بين الحكومة والقطاع الخاص من الممكن أن تكون ذات فاعلية عالية، ذلك أنه بإمكانها القيام بتحريك ودفع التنمية لبعض عمليات التصنيع النظيفة مع توفير الطاقات التكنولوجية للاستخدام المحلي، كما أن بإمكانها أيضا تشجيع تطبيق التكنولوجيا الحديثة طبقا للظروف المحلية[37].

ويجب أن تقيم الحكومة علاقات متكاملة مع الهيئات غير الحكومية والتنظيمات الاجتماعية . حيث أن تلك التنظيمات في إمكانها تحديد ظروف واحتياجات المناطق المحيطة، مع التخطيط للمشروعات الملائمة، وكذلك توجيه التمويل اللازم كما تقوم بعبور الفجوة ما بين الحكومة والمجتمعات المعنية. إلا أن المشاركة تحتاج لمساندة قوية من الحكومات لتدعيم دور الفئات الخارجية في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة بالبيئة.

د. القيام بدور فعال

يجب على الإدارات المحلية أن تمارس دوراً فعالاً في التنمية وتتعاون مع المؤسسات للمشاركة في عمليات التخطيط مع تعديل استراتيجياتها السياسية والاقتصادية لتدعيم ومساندة المؤسسات المحلية.

ومن أهم أهداف اللامركزية وضع الإدارة المحلية على صلة قوية مع المجتمع وذلك لإتاحة فرصة أكبر للمواطنين للمشاركة في التخطيط للخدمات المطلوبة، خاصة في المناطق ذات الخدمات منخفضة المستوى[38]. ولذلك يجب أن تقوم المحليات بوضع خطط للميزانية والممارسة الديموقراطية بالاسترشاد بآراء أعضاء المجالس الوطنية[39] .

4. تدعيم دور المجتمع المحلي في مجال البيئة

أحياناً ما تقوم بعض الحكومات من الإقلال من تقدير إمكانيات المجتمعات ذات الدخل المحدود في المشاركة في كل مشاكل البيئة، مثل شبكات الصرف الصحي غير الملائمة، الفيضانات، تلوث الهواء، برغم أنها من أهم مشاكل البيئة التي يصعب على المجتمع مواجهتها، وخاصة أن المجتمعات الفقيرة غالباً ما تفتقد الإمكانيات التنظيمية والموارد الاقتصادية لإقامة البنية الرئيسية أو توفير إدارة ملائمة لخدمات البيئة مثل طلمبات المياه والمراحيض العامة [40]. إلا أن هناك بعض الجهود التي تمت في بعض المدن والتي تدحض هذا الاعتقاد السائد. فبالرغم من وجود بعض المشاكل التي تتطلب تدخلاً على مستوى عالي مثل التلوث الحاد للهواء أو الفيضانات، إلا أن هناك بعض المشروعات الخاصة والتي تتم على مستوى المجتمع للمساهمة في إيجاد حلول لتلك المشاكل.

وهناك أمثلة عديدة تؤكد انه تحت ظروف معيشية معينة تستطيع المجتمعات المحلية إدارة بعض المرافق الحيوية مثل مجاري المياه وتنظيم التخلص من القمامة. وحينئذ نجد مجتمعا تلو الآخر يشارك في تطوير خدمات الصرف وشق وتمهيد الطرق ورفع المخلفات وإقامة مساحات خضراء للأطفال.

أ. الفقر والبيئة

إذا ما كانت الإدارات المحلية وبعض الهيئات الأخرى المعنية سوف تقوم بتحديد بعض السياسات لمساندة المجتمعات ذات الدخل المحدود، فعليها أولا أن تبدأ بتعديل مفهومها عن الفقر وعلاقته بالاقتصاد والبيئة. وعليها ثانياً التخلي عن مفهوم أن النمو الاقتصادي في المدينة سوف يعالج الفقر عامة بها أو يبدل من التدهور البيئي. ففي الواقع، بالرغم من أن النمو الاقتصادي والتغير في التركيب الاقتصادي يساعد على رفع مستوى المعيشة في عدة بلاد، إلا أنه لم يستطع معالجة الفقر بصورة فعالة [41]. فالفقر لا يعد فقط سمة مشتركة في أغلب المجتمعات، ولكن من الممكن أن نجد أيضا أن تزايد النمو الاقتصادي يؤدي إلى ظهور أشكال خاصة من الأزمات البيئية والتحولات الاجتماعية مع تزايد عدم التكافؤ الاقتصادي والاجتماعي [42]. لذلك فان تنمية البيئة للمناطق الفقيرة لا تستطيع الانتظار حتى تتحسن الأحوال الاقتصادية، لكنها يجب أن تكون جزءا متكاملا مع استراتيجيات التنمية الاقتصادية [43]. وفي الدول النامية، يصبح على الحكومات أن تتقبل العناصر الفنية التي تتداخل بصورة مباشرة مع بعض العوامل الاقتصادية مثل فرص العمل، وهذا ما ينطبق بالفعل على المدن الفقيرة، حيث أن جزءاً كبيراً من الدخل ينبع أساسا من داخل المدينة والمناطق المحيطة.

ومن الملاحظ في المناطق العشوائية أن بعض العوامل تدفع سكانها إلى البقاء فيها بالرغم من المستوى البيئي المتدني مثل سهولة الوصول إلى الأنشطة الاقتصادية المختلفة[44]. ففي بعض الظروف التي يكون فيها المجتمع ذاته هو المحور الجوهري، فان البيئة المتطورة بإمكانها إيجاد فرص اقتصادية جديدة. وفي العديد من التجمعات السكنية ذات الدخل المحدود، حيث تتوافر البنية الأساسية مثل الطرق ومجاري

الصرف الصحي المغطاة، يؤدي ذلك إلى ظهور أنشطة تجارية متكاملة مثل محال بيع المأكولات وصالونات التجميل والمحلات العامة[45].

وكنتيجة لذلك فان الحقيقة المؤكدة هي أن تحسين البيئة في المجتمعات ذات الدخل المحدود تساهم بصورة مباشرة في تحسين الاقتصاد[46]. وكثيرا ما نلاحظ أن الفقراء يساهمون بصورة غير رسمية في الاقتصاد. ولكن في الواقع فان هذا القطاع غير الرسمي يساهم ويتداخل في تكوين متكامل مباشرة مع الاقتصاد عامة[47]. حيث أن ذلك القطاع غير الرسمي يوفر العديد من المنتجات مثل الخامات، والمعدات والآلات الصغيرة والخدمات مثل الصيانة والنقل والتسويق للعديد من القطاعات المتعلقة بالأنشطة الزراعية والسمكية والصناعية[48]. وكل تلك العلاقات المتداخلة تؤكد الضرورة الحيوية للتعامل مع مشاكل المجتمع بصورة متكاملة تتفاعل مع الإدارة البيئية والاقتصادية.

وهناك العديد من الدروس المستفادة من الدراسات التي تمت عن كيفية مواءمة السكان في المناطق ذات الدخل المحدود ومجتمعاتهم مع المشاكل البيئية. وهذا يجب أن يؤخذ في الاعتبار لإعادة النظر في أسلوب الحكومة والمنظمات غير الحكومية للتنمية بدلا من بذل جهود غير مجدية لتنظيم البيئة.

ب. سبل المعيشة المستدامة والبيئة

أحياناً ما يصبح السكان ذوو الدخول المحدودة – بدون إرادة مباشرة منهم- قائمين على تنظيم البيئة المحلية[49]، حيث أن العديد من أنشطتهم اليومية تدور حول استخدام وإدارة الموارد الطبيعية مثل المياه والوقود. وحيث أن إمكانيات السكان الفقراء لتنظيم استخدام تلك الموارد تكون مرتبطة بالجهود التي يجب أن تبذل من أجل الوصول إلى أولويات أخرى مثل الحصول على دخل كافي أو سهولة الحصول على الخدمات الصحية والتعليمية، فان حجم وتكوين السكان يعتبر عاملا أساسيا في إدارة البيئة. إن أفقر الفقراء هم أولئك ذوي العائل الواحد فقط أو ذلك الذي لا يمكنه القيام بواجبه للحصول على وسائل المعيشة الأساسية[50]، حيث يحد الجهد والوقت الذي يستنزف من أجل الحصول على أدنى مستويات وسائل المعيشة الأساسية من الجهد الموجه إلى الاهتمام بالبيئة.

فالنساء الفقيرات على سبيل المثال عادة ما ينفقن 80-90 ساعة أسبوعيا للحصول على النقود التي توفر لهم متطلبات المعيشة الأساسية مثل المياه والطعام والملابس والمواصلات[51]. وحينئذ يصبح من غير الواقعي أن نتوقع منهم بذل أي محاولة لتحسين وسائل الصرف الصحي. وحيث أن السكان لا يعيشون منعزلين عن المجتمع المحيط، فإن السكان الأكثر فقرا يتطلعون إلى الجيران والأصدقاء والأقارب لطلب المساعدة. كما أن الدراسات قد أوضحت أن السكان يقومون بمناقشة بعض المشاكل فيما بينهم مثل مسئولية تنظيف شوارع المنطقة وتوفير الوقود وتنظيم وتوزيع الموارد المتوافرة في المجتمع وتؤدي كل تلك النتائج إلى اقتراح إيجاد استراتيجيات لتطوير الظروف البيئية.

أولا: الاعتماد على تركيبة المجتمعات ذاتها كوسيلة لتنظيم العمالة، وذلك كوسيلة لخفض تكاليف المواد الأساسية أو لتطوير فاعلية توفير الخدمات.

ثانيا: أن أحد أهم وسائل تطوير إدارة السكان للبيئة يكمن في تكاملها مع أنشطة زيادة الدخل. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق الأنشطة التي تعتمد بصورة مباشرة على تنظيم البيئة أو عن طريق البرامج التي تخلق مشروعات مرتبطة بالمجتمع والأولويات لتيسر لأفراد المجتمع الحصول على دخل إضافي وتيسر لهم كذلك الحصول على الاحتياجات الأساسية مثل المياه النقية والطعام الملائم ومواد البناء والرعاية الصحية[52].

وتؤكد تجربة الزبالين بالقاهرة احتمالات نجاح تلك البرامج. فهناك مجموعة معينة تعيش في تجمعات سكنية واسعة هم الزبالون أو جامعو القمامة الذين يكتسبون دخلهم من جمع القمامة. وهذه الطرق غير الرسمية توفر فوائد للإدارات المحلية عن طريق خفض كمية القمامة التي يجب جمعها عن الطريق الرسمي. إلا أن صحة وإنتاجية تلك الفئة من جامعي القمامة أصبحت مهددة نتيجة لظروف البيئة التي يعيشون ويعملون فيها. وفي أوائل الثمانينات لم يكن يتوافر في تلك التجمعات مياه نقية أو صرف صحي أو كهرباء. وكان سكان تلك المنطقة يقومون بفرز القمامة أحيانا داخل منازلهم، ولذلك تزداد فرص الإصابة بالأمراض والإصابات من الزجاج والمعادن الموجودة في تلك القمامة.

وفي بداية الثمانينات بدأت العديد من المجموعات المحلية والدولية العمل في تلك المنطقة للقيام بتنظيم برامج للارتقاء بظروف المعيشة في تلك التجمعات السكانية مع تنظيم وسائل جمع وتداول القمامة. وقد قامت بعض الشركات الصناعية على سبيل المثال بمنح السكان قروضا لشراء معدات لتحويل بعض أنواع القمامة مثل قطع السجاد والبلاستيك إلى مواد ثانوية مفيدة. وبذلك تم تخفيض حجم التعامل المباشر مع القمامة كما زاد الدخل، حيث أن تلك المواد يكون لها سعر أكبر من سعر المواد الموجودة في القمامة. وقد أتاحت إقامة تلك المشروعات الصغيرة الفرصة للسكان لإعادة تشكيل الفضلات العضوية أيضاً، وبذلك خلقت فرص عمل جديدة مع الحد من كميات القمامة الموجودة بالشوارع[53].

ج. الاستقرار والانتماء للمجتمع المحلي

إن الخدمات الأساسية مثل توفير المياه والصرف الصحي والتخلص من القمامة لا يتم توفيرها في المجتمعات ذات الدخل المحدود عن طريق الأفراد وحدهم. كما أن زيادة دخل الأسرة لا يعني حتماً تطوير ظروف المعيشة في المناطق المجاورة ولكن على العكس، فإن تلك الأحياء والمجتمعات تتطلب تحركاً شاملاً[54]. فإذا لم يشعر السكان بالأمان في مساكنهم أو أنهم أعضاء ينتمون إلى المجتمع فلن يقوموا بتكريس جهودهم لتطوير ظروف البيئة. حيث أن الأمان ينبع أولا من نسيج الأرض والسكن. وفي عدد من التجمعات العشوائية فإن الأحوال السكنية لا تكون مستقرة، حيث تصدر أحيانا تشريعات رسمية بعدم قانونية تلك التجمعات مما يجعل السكان معرضين لإخلاء مساكنهم بدون إنذار مسبق[55]. وعلى صعيد آخر قامت الحكومة في بعض المناطق العشوائية بالاعتراف ضمنا بتلك التجمعات عن طريق توفير الخدمات والبنية الأساسية المحدودة[56].

وبالرغم من أن نسيج الأرض والمسكن يوفر قدرا من الاستقرار في المجتمع، إلا أن البقاء في تلك الأرض يكون أحيانا أكثر أهمية من الحق الرسمي في الاحتفاظ بالأرض. وهذا المفهوم يمكن أن ينبع من بعض مؤشرات الاستمرار الأخرى مثل

طول مدة تكوين ذلك المجتمع ومدى الاستثمارات الحكومية في البنية الأساسية والخدمات، وكذلك مدى نجاح الجهود التي بذلت من قبل لمواجهة الإخلاء من تلك المنطقة.

وبالرغم من أن مفهوم الاستقرار يبدو أهم من الحق الرسمي، إلا أن ذلك يعني مبدأ تأمين ملكية الأراضي. ولكن على العكس، فإن أحد أهم الاحتياجات في المدن هي اعتماد تقسيم وتخصيص الأراضي في المجتمعات العشوائية، لأن الاستقرار طويل المدى فيها يعتمد على إمكانية حصول السكان على حق الملكية لمساكنهم وأراضيهم. وحين يتوافر الأمان والصبغة الرسمية للملكية فسوف يقوم هؤلاء الفقراء بالاستثمارات الضرورية لتطوير نوعية البيئة والمساكن[57].

د. دور المرأة في إدارة البيئة

في المجتمعات ذات الدخل المحدود خاصة، تلعب المرأة دوراً رئيسياً في إدارة موارد البيئة المحلية، حيث تكون مسئولة عن المحافظة على نظافة المنزل والمنطقة المحيطة به، وكذلك التخلص من القمامة والحصول على الوقود والمياه وخلافه. كما تلعب المرأة دورا قد يكون غير ملحوظ في تخطيط وتنظيم المجتمع، لأنها تحاول دائماً التأكد من الحصول على الخدمات الأساسية مثل المياه أو الرعاية الصحية أو التعليم. وكثير ما تتكاتف السيدات لمواجهة وحل بعض المشاكل مثل المسكن أو البنية الأساسية غير الملائمة[58]. وبالرغم من ذلك فإنه غالباً ما لا يكون للمرأة الحق في المشاركة في اتخاذ القرارات[59]، لأن أغلب السلطات والمخططين نادرا ما يستشيرون المرأة أو يتعاملون معها كشريك متكافئ. ونتيجة لعدم إشراك المرأة في اتخاذ القرارات في المجتمع، ينتج أحيانا وضع تخطيط غير ملائم لأحد المرافق أو افتقاد التنظيم الملائم لأحد الخدمات. وهناك العديد من الأمثلة لمشروعات تم تنفيذها بالفعل مثل المراحيض العامة أو طلمبات المياه أو أحواض الغسيل، بدون أي محاولة لاستشارة المرأة أو فهم احتياجاتها أو متطلباتها[60]. ولاشتراك المرأة في مشروعات تنمية المجتمع العديد من الفوائد:

أولا: أن التعرف على متطلبات المرأة يزيد من احتمالات لنجاح هذه البرامج.

ثانيا: أن تطوير البيئة يمكن أن يتم ترجمته إلى فوائد مباشرة لصالح صحة المرأة والمجتمع

ككل. ومن المؤكد أنه حينما يتم منح المرأة الحق في المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالتعليم وفرص العمل فقد يؤدي ذلك إلى تطور ملحوظ في وسائل المعيشة.

- **هـ. منظمات تنمية المجتمع المحلي**

تعتمد الجهود الاجتماعية إلى حد كبير على استعداد عدة أطراف للمشاركة معا لتحقيق هدف مشترك. فالمجتمعات الفقيرة لها شكل خاص من أشكال القيادة التي تنبع إما من المؤسسات الثقافية أو الاجتماعية أو الدينية، أو من خلال بعض الأسر المتأصلة في تلك المنطقة منذ فترة زمنية طويلة. وبذلك يصبح على القيادات الشعبية أو المحلية أن تقوم بدور هام في التركيز على نقاط معينة للحوار والنقاش واتخاذ القرارات، مثل الوساطة لحل بعض المنازعات أو إعادة توزيع الموارد المتاحة في المجتمع[61] . ويمكن للقيادات المحلية أن تلعب دورا هاما كحلقة وصل بين المجتمع المحلي والمدينة الأكبر عامة. فمن المحتمل أن يكون القائد من الصفوة، ولكنه لا يتمتع بمساندة من أفراد المجتمع. وفي هذه الحالة لن ينجح في تحريك المجتمع المحلي بالصورة المطلوبة، لأن تحرك المجتمع غالباً ما ينبع من الإحساس بالمصير المشترك وغالبا ما يكون ذلك الإحساس مرتبطا بالحرمان الاقتصادي والبدائل المحدودة[62].

وفي بعض المواقف يمكن أن يعرقل الاكتفاء الذاتي للمجتمع والفروق والصراعات الدينية أو المنازعات السياسية جهود تلاحم المجتمع. وقد ثبت أن تلك المجتمعات التي لا تستطيع خلق توافق داخلي أو لا تتوافر لها القيادة القوية المستندة إلى دعم من المجتمع ذاته، تكون أقل قدرة على تنظيم شئونها الداخلية ومواردها البيئية[63]. وفي مثل هذه الحالات يمكن للجمعيات الأهلية المساهمة في تحريك المواطنين وتدعيم دور القيادة القائمة بالفعل. كما يمكن أن تقوم الإدارة المحلية بمعاونة الهيئة الشعبية عن طريق الاعتراف بحق المجتمعات في تنظيم البيئة ذاتيا.

- **و. الشراكة مع الجمعيات الأهلية**

فشلت الإدارة المحلية في بعض المدن في التعبير عن احتياجات ومتطلبات السكان، وهنا تبرز أهمية دور الجمعيات الأهلية في التنمية الاجتماعية[64]، حيث صارت تلك

الجمعيات الأهلية تمثل عنصرا أساسيا في تحريك موارد المجتمع باعتبارها اتحادات لخلق روابط ما بين المجتمعات والتنظيمات الاجتماعية الأوسع. وقد قامت الكثير من الجمعيات بدور فعال في معاونة الأحياء العشوائية في مجابهة قرارات الإخلال ومفاوضات الاعتراف بحق التمليك، وكذلك الحصول على الحقوق الإنسانية والسياسية للفقراء، وكذلك إقامة منظمات اجتماعية في عديد من الدول النامية ومنها مصر[65].

وتوجد المئات من الجمعيات الأهلية ذات خبرات واسعة في تطوير دور المساهمة الاجتماعية في التنمية الحضرية. وهناك أشكال متعددة للجمعيات الأهلية، ولكنها لا تعمل كلها بالفعل في مجال تمكين المجتمعات[66].

ز. برامج القروض الصغيرة:

إن نقص الموارد الاقتصادية يعتبر عائقا رئيسيا يواجه تحقيق التنمية الاجتماعية. إلا أن العديد من التجارب أثبت أنه حالماً يتم تنظيم المجتمع فإن المجتمعات ذاتها سوف تقوم بتنمية مواردها الاقتصادية الخاصة، وبذلك تتمكن من دفع القروض الممنوحة لها. ومن السمات الأساسية للعديد من البرامج الناجحة هو إحساس المجتمع بالمسئولية الجماعية والأولويات التي يتم تحقيقها عن طريق تقسيم المستفيدين من القروض إلى فئات صغيرة داخل المجتمع الواحد، وهذا كله من أهم أسباب نجاح الكثير من البرامج التنموية.

ح. التعليم البيئي

أوضحت الدراسات في عدة دول أنه غالبا ما يساء إدراك العلاقة بين تلوث البيئة وصحة الإنسان، فهناك بعض العادات البسيطة التي لا نهتم بممارساتها مثل غسل الأيدي، ومراعاة ذلك يمكن أن يؤدي إلى تحسين الحالة الصحية. ويمكن أن تؤدي بعض البرامج البسيطة مثل الوسائل الإيضاحية والحملات الإذاعية، وكذلك التعاون مع القيادات الشعبية والمحلية بالمجتمع أو خبراء الصحة الاجتماعية والبيئية إلى نتائج إيجابية في ذلك الاتجاه.

ط. تحديد الأولويات

هناك عنصر رئيسي آخر في الجهود المبذولة لخلق مجتمعات ومدن أفضل، فقد

ثبت في بعض التجارب أهمية المشاركة الشعبية في تحديد أولويات المشاكل التي يجب مواجهتها. وفي بعض المدن الفقيرة في الدول النامية تقوم تلك المساهمات غالبا بالتركيز على التعرف على أسوأ الممارسات البيئية التي تهدد الصحة، وذلك باستخدام عدة أساليب فنية لتحديد الأولويات تعتمد على المشاركة الشاملة. وبعض تلك الأساليب الفنية تعتمد على جمع البيانات القائمة على آراء الأفراد، والبعض الآخر يعتمد على التركيبة الاجتماعية للوصول إلى أهداف تنمية البيئة. وليس هناك اتفاق على أفضل الوسائل لتحقيق ذلك، حيث أوضح برنامج الإدارة الحضرية UMP أن تحديد الأولويات عن طريق الشورى العامة يمكن أن يأتي بنتائج مختلفة عن تلك التي تم استنتاجها عن طريق الخبرات العملية والعلمية المتكررة[67].

ولكن النتائج في جميع الأحوال تعتمد أساسا على آراء المعنيين بهذه المشاكل. فغالبا ما يكون للأسر الفقيرة أولويات مختلفة عن الأسر الغنية. وحتى فيما يتعلق بجمع البيانات فإن الأسس التي يعتمد عليها جامعو ومحللوا البيانات قد تكون عنصرا هاما يؤدي إلى اختلاف تحديد الأولويات. وهنا يظل السؤال مطروحا: وهو كيفية ترجمة تلك الممارسات إلى تطبيقات فعلية. لأن دراسات تحديد الأولويات توفر معلومات قيمة ولكنها قد تكون ذات تأثير محدود إذا ما تجاهلت المكونات الشعبية والسياسية والاقتصادية لأي مجتمع، وقد تكون أقل فاعلية إذا لم يتم منح الفقراء الفرصة للتعبير عن احتياجاتهم. كما أن المساندة السياسية واختيار التوقيت الملائم والتركيز على الحلول الفعالة تعتبر عناصر أساسية عند ترجمة تلك الممارسات إلى مظاهر تطوير ملموسة وواضحة.

ي. المدن والتنمية المستدامة

إن العديد من الآراء المرتبطة بمشاركة وتحرك المجتمع تندمج ضمن مفهوم أوسع هو المدن المستدامة. وقد استرعى هذا المفهوم الانتباه خلال السنوات القليلة الماضية خاصة في الدول المتقدمة. ولكن هناك خلافا حول مدلول المدن المستدامة. فالتركيز على المنظور المحدود للمدن المستدامة يمكن إن يؤدي إلى الاعتقاد بأنه على المدن أن تقوم باستخدام الوسائل الطبيعية المتاحة إقليميا فقط، وهذا ما يتعارض مع المفهوم الدولي للاقتصاد العالمي. إلا أن بعض المعلقين قد عارضوا هذا المفهوم من خلال الاقتناع بجدوى التركيز على دور المدن في تحقيق التنمية المستدامة[68]، وذلك لأن

مفهوم التنمية المستدامة يعني الوفاء بالاحتياجات الحالية دون إساءة استخدام الموارد المتاحة لحفظها من أجل الأجيال القادمة[69].

وتعتبر المدن محور الوفاء بأهداف دعم التنمية حيث أن معظم سكان العالم سوف يعيشون قريبا في مدن متكاملة، وكذلك فإن الممارسات المتعمدة على مستوى العالم والمدينة والمستهلكين تهدف أساساً إلى التعامل مع مصادر الطاقة المتجددة وغير المتجددة[70]. وكذلك، فإن الوفاء باحتياجات سكان المدينة لا يشمل فقط توفير الاحتياجات الاجتماعية والثقافية والصحية والسياسية. وهنا يبقى الجزء الثاني من المعادلة وهو التنمية المستدامة والذي يفترض أهمية وأولوية الممارسات التي تركز على خفض وترشيد استهلاك الموارد الطبيعية. كما تشمل الأولويات أيضا خفض نسبة التلوث الناتجة عن الوقود، وذلك عن طريق تحويل الطاقة واستخدام وسائل انتقال أقل تلويثا للبيئة مع خفض نسبة العادم واستخدام موانع التلوث. إن تلك المفاهيم ترتبط بالمدن في الدول النامية، ويضاف إلى ذلك ما ينتج عن عملية النمو والرقي من ارتفاع نسبة المخلفات، ما لم يتم اتخاذ الإجراءات التي تتيح الاستفادة القصوى من الموارد مع توليد الحد الأدنى من المخلفات[71]. ومعنى ذلك أن التحدي الذي يواجه كل المجتمعات هو السعي نحو تحقيق مداخل جديدة للإدارة البيئية تسعى لتوفير احتياجات السكان وحماية موارد البيئة التي تعتمد عليها الحياة البشرية في نفس الوقت.

المراجع

1. Nick Devas and Carole Rakodi, The Urban Challenge, in Managing Fast Growing Cities, New Approaches to Urban Planning and Management in the Developing World, Nick Devas and Carole Rakodi, eds., Longman Essex, U.K., and John Wiley and Sons, New York, 1993, P.31-33.
2. Jurgen Oestereich, From Communal Use of Natural Resources to the Local Agenda 21, Some Remarks on the Basic Concepts and New Perspectives. A paper presented to the International Workshop on Concepts and Paradigms of Urban Management in the Context of Developing Countries, Venice, March, 1999, P.1.
3. lbid, p.1.
4. Ibid, p.2.
5. Ibid, p.4.
6. lbid, p.4.
7. lbid, p.4.
8. lbid, p.5.
9. lbid, p.5.
10. lbid, p.5.
11. lbid, p.6.
12. lbid, p.6.
13. lbid, p.7.
14. Carl Barton et al., Towards Environmental Strategies for Cities: Policy Considerations for Urban Environmental Management in Developing Countries, Urban Management Programs, Paper No. 18, The World Bank, Washington, D.C., 1994, P.33, 34.
15. Jorge E. Hardoy, Diana Mitlin and David Sattethwaite, Environmental Problems in Third World Cities, Earthscan, London, 1992, p. 213.
16. William Dillinger, Decentralization and its Implications for Urban Service Delivery, Urban Management Program Discussion Paper, No. 16, The World Bank, Washington, D.C., 1994, P.8.
17. Nick Devas,1993, op. cit., p.90.
18. Ibid, p. 91.

19. William Dillinger, 1994, op. cit., p.8.
20. Ibid, p.8.
21. Patricia McCarney, Mohamed Halfani, and Alfredo Rodriguez, Towards an Understanding of Governance, in Urban Research in Developing Countries, Vol. 4, Perspectives on the City, Richard Stren and Judith Kiellerg Bell, eds. Center for Urban and Community Studies, University of Toronto, 1995,p. 122.
22. William Dillinger, 1994, op. cit., p. 8.
23. Jorge E. Hardoy, et al., 1992, op. cit., p. 163,164, 207.
24. Patricia McCarney, et al., 1995, op. Cit., p.122.
25. Jorge E. Hardoy, et al., 1992, op. cit., p. 28, 29, 213.
26. Patricia McCarney, et al, 1995,op. cit., p.100.
27. Ibid, p. 104.
28. Jorge E. Hardoy, et al., 1992, op. cit. p. 162.
29. Silvina Arossi, et al, Funding Community Initiatives, Earthscan, London, 1994, p.23.
30. William Dillinger, 1994, op. cit., pp. 28-31.
31. G. Shabbir Cheema, The Challenge of Urban Management, Some Issues, in Urban Management, Policies and Innovations in Developing Countries, in G. Shabbir Cheema, ed., Praeger, Westport, Connecticut and London, 1993, p.8.
32. Carl Bartone,et al., 1994, op. cit., pp. 49- 51.
33. Ibid, p.50.
34. Nick Devas, 1993, op. cit., p.98.
35. Carl Bartone, et al., 1994, op. cit., p. 56.
36. Ibid, p.56.
37. Ibid, p. 57.
38. International Council for Local Environmental Initiatives ICLEI, Community, Based Service Delivery, Quito, Equador, Case Study No. 21, ICLEI, Toronto, Canada, 1994, p.2.
39. 39- Ibid, p.2.
40. Michael Douglas, The Political Economy of Urban Poverty and Environmental Management in Asia, Access, Empowerment, and Community- Based Alternatives in Environmental and Urbanization. Vol. 4, No. 2, October 1992, P.13.
41. Nick Devas, 1993, op. cit., p.94.
42. Ibid, p.94.

43. Michael Douglas, 1992, op. cit., p.15.
44. Jorge E. Hardoy, 1992,op.cit., p.53.
45. Michael Douglas and Malia Zoghlin, Sustaining Cities at the Grassroots, Livelihood, Environment and Social Networks in Suan Phlu, Bangkok, Third World Planning Review, Vol. 16, No, 2, 1994, pp.171-200.
46. Janice E. Perlaman, Mega Cities, Global Urbanization and Innovation, in Urban Management, Policies and Innovations in Developing Counteries, 1993,op. cit., p.47,48.
47. G. Shabbir Cheema, 1992, op. cit., p.12.
48. Ibid, p.12.
49. Ibid, p.13,14.
50. United Nations UN, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, State of Urbanization in Asia and the Pacific 1993, UN, New York, 1993, pp.4.17-4.21.
51. Ibid, pp. 4.17 - 4.21.
52. Michael Douglas, 1992, op. cit., p.23.
53. The Mega - Cities Project and Environmental Quality International, Zabbaleen, Environmental and Development Program, Cairo, Urban Environment, Poverty Case Study Series, Mega - Cities Project, New York, 1994, pp. 1 - 24.
54. Yok-Shiu F. Lee, Community-Based Urban Environmental Management, Local NGOs as Catalyss, Regional Development Dialogue, Vol. 15, No. 2, Autumn 1994, p.158.
55. Joel Audefroy, Eviction Trends Worldwide and the Role of Local Authorities in Implementing the Right to Housing, Environment and Urbanization, Vol. 6, No. 1, April 1994. pp.10 - 16.
56. Beatriz Cuenya, et al., Land Invasions and Grassroots Organizaion, The Quilmes Settlements in Greater Buenos Aires, Argentina, Environment and Urbanization, Vol. 1,No.2, October 1990, pp.61 - 73, and see also,

Michael Mattingly, Urban Management Intervention in Land Markets, in Nich Devas and Carole Rakodi, 1993, op. cit., p. 108.

57. Yok-Shiu F. Lee, Urban Planning and Vector Control in Southeast Asian Cities, Keohsiung Journal of Medical Science, Vol. 10, 1994,pp.S45 - S46, and see also,

U.S. Agency For International Development US Aid, Regularization the Informal Land Development Process, Vol. 2, Discussion Papers, US Aid, Washington, D.C.,1991. p. ix.

58. Caroline O., N. Moser, Gender Planning and Development, Theory, Practice and Training, Routledge, London and New York, 1993, pp.15 - 146 and also see, Judith Kjellberg Bell, Women, Environment and Urbanization, A Guide to the Literature, Environment and Urbanization, Vol. 3, No. 2, October 1991, pp.92 - 103.
59. Pamela L. Sayne, Food for Thought, Making Women Visible, Environment and Urbanization, Vol. 3, No. 2, October 1991, p.47.
60. United Nations International Research and Training Institute for The Advancement of Women, Instraw, Women, Water and Sanitation, in Women and the Environment, A Reader, Sally Sontheimer, ed., Monthly Review Press, New York, 1991, p.123.
61. Michael Douglas, 1994, op. cit., pp. 186 - 189.
62. Ibid, pp.186 - 189.
63. Ibid, pp.186 - 189.
64. Yok-Shiu F. Lee, 1994, op. cit., p. 158.
65. Jorge E. Hardoy, et al., 1992, op. cit, pp. 146 - 151, 209 - 211.
66. Yok-Shiu F. Lee, 1994, op. cit., p. 158.
67. Josfe Leitmann, Rapid Urban Environmental Assessment, Lessons from Cities in the Developing World., vol. 1, Methodology and Preliminary Findings, Urban Management Program Discussion Paper No. 14, The World Bank, Washington D.C., 1993, pp.32 - 35.
68. Jorge E. Hardoy, et al., 1992, op. cit, pp. 171 – 201.
69. Ibid, p.172.
70. Ibid, p.171.
71. Ibid, p. 189.

الفصل الثاني

دراسات حديثة في الأنثروبولوجيا البيئية (*)

يرجع الفضل إلى داريل فورد D. Ford في التأكيد على أهمية دراسة العلاقة بين العوامل البيئية والعوامل الثقافية وأوضح ذلك في كتابه: البيئة والاقتصاد والمجتمع، الصادر عام 1934، حيث درس العلاقة بين النظام الاقتصادي والبيئة الطبيعية والنظام الاجتماعي وكافة العوامل الأخرى المؤثرة في حضارة الإنسان. كذلك أشار ريموند فيرث في دراسته لمجتمع تيكوبيا إلى أهمية إبراز العناصر الاقتصادية عند محاولة فهم العلاقات الاجتماعية. فدراسة البناء الاجتماعي تستلزم الاهتمام بالجوانب الاقتصادية والبيئية.

وهكذا ظهر اتجاه فكرى يعطى أهمية خاصة للجوانب الاقتصادية والبيئية والتكنولوجية عند دراسة التغير الثقافي. وفي هذا الاتجاه سار الأمريكي جوليان ستيوارد عند دراسته للتفاعل بين العناصر الثقافية والبيئة، فأوضح التأثير القوى للعناصر البيئية على العناصر الثقافية. وقام بدراسة وسائل التفاعل بين الأنساق الاقتصادية والتكنولوجية وبيئاتها وتأثير ذلك على النظم الاجتماعية، وأوضح العلاقة التأثيرية المتبادلة بين الثقافة والبيئة. فقد تمكنت الثقافة في المجتمعات الحديثة من تحقيق تأثير مباشر على البيئة من خلال عناصر التقدم التكنولوجي. وهكذا نشأ تخصص إثنولوجي جديد أطلق ستيوارد عليه الإيكولوجيا الثقافية Cultural Ecology هدفه دراسة العلاقات المتبادلة بين البيئة والثقافة.

ويحدد الأنثروبولوجي الأمريكي مارفين هاريس M. Harris مهمة الإيكولوجيين الثقافيين في توضيح أوجه التباين بين الثقافات المختلفة للشعوب

(*) كتب هذا الفصل الدكتور مصطفى إبراهيم عوض.

المختلفة بيئياً، وكذلك توضيح أثر الثقافة على تكيف الأفراد أمام هذه التغيرات التي تحدث لبيئتهم. وهو من المنادين بما يطلق عليه المادية الثقافية التي تهتم بدراسة الظروف المادية مثل الغذاء، البيئة، السكن، الأدوات التي تواجه الحياة الإنسانية. كما تربط بين تغير المظاهر الروحية بين المجتمعات بما يحدث من ضغوط مادية لهذه المجتمعات.

هذه الظروف المادية تؤثر في الوسائل التي يستخدمها الأفراد لإشباع حاجاتهم الأساسية وفق ظروف وإمكانات بيئتهم. ويعرف مارفين هاريس المادية الثقافية بأنها: استراتيجية أو طريقة بحث تجعل الاهتمام الرئيسي للأنثروبولوجيا ينصب حول تقديم تفسيرات لأوجه التشابه والاختلاف بين الاتجاهات الفكرية والسلوكية للمجتمعات الإنسانية. ويرجع سبب اختلاف المظاهر الروحية بين المجتمعات لاختلاف التأثيرات البيئية، التي تؤثر على طريقة مواجهة الناس لمشكلة إشباع متطلباتهم الرئيسية في حدود إمكانات بيئتهم.

ولم تقتصر دراسة الإيكولوجيين الثقافيين على المجال الفيزيقي فقط، بل امتدت لتشمل كل ما يحيط بالإنسان من كائنات حية، وهو ما أطلق عليه مفهوم النسق الإيكولوجي Eco-system. ويحدد أحمد أبوزيد مجال دراسة النسق الإيكولوجي في تتبع العلاقات المتبادلة بين الإنسان والبيئة، وتأثير العوامل البيئية في النظم الاجتماعية المختلفة. ويوضح خطوات دراسة الأنثروبولوجي البناء الاجتماعي لأي مجتمع، فيبدأ بشرح ووصف خصائصه الطبيعية، ثم تحديد وسائل توافق الإنسان مع بيئته وأثر ذلك على سلوكه، مع مراعاة العوامل السوسيولوجية الأخرى.

وتطرق العالم الفرنسي موس Marcel Mauss إلى دراسة العلاقة بين العوامل الإيكولوجية والاجتماعية، فهي دراسة عن أثر التغيرات الفصلية على مناشط شعب الأسكيمو. في هذه الدراسة قام موس بتحليل البناء الاجتماعي إلى عناصره وفق معيارين: العوامل البيئية والاقتصادية. وفي حديثه عن أهم الملامح البيئية للمنطقة تناول الاختلاف الواضح بين فصلي الصيف والشتاء، وأثر ذلك على كافة المناشط الاقتصادية والشعائرية والاجتماعية.

وبالنسبة لموقف الأنثروبولوجيا نحو الاتجاه الإيكولوجي، هناك رأيان: رأى يعتبر النسق الإيكولوجي جزءاً من البناء الاجتماعي، ورأى - يتضامن مع أحمد أبوزيد - يميزه عن البناء الاجتماعي. ويؤكد أبوزيد أنه بغض النظر عن نظرة العلماء للنسق الإيكولوجي، فإن دراسة العوامل الفيزيقية ذات دلالة هامة بالنسبة للدراسات الأنثروبولوجية ذات الوجهة البنائية الوظيفية عند دراسة المجتمع.

إن الأنثروبولوجيا منذ نشأتها وحتى عقد الثمانينات من هذا القرن حققت تمايزاً دراسياً خاصاً بها، مع تطور في الأطر الفكرية التي تعالج بها قضاياها الإنسانية في عالم متغير، مع توسع في مجال الدراسات الحقلية، فمن مجتمعات بسيطة إلى مجتمعات رعوية/ قروية فمجتمعات حضرية. واليوم تؤكد على صلتها الوثيقة بالعالم المتغير من خلال المشاركة في حل ما يواجه إنسان اليوم من مشكلات تتسم بالتعددية والتعقيد. ويوجه جون بودلي في مقدمة كتابه (الأنثروبولوجيا والمشكلات المعاصرة للإنسان) 1976 نداء للباحثين الأنثروبولوجيين يحثهم فيه على الاهتمام بالدراسات الأنثروبولوجية التي تحقق التكيف مع البيئة وتتعرض لوسائل استنزاف الموارد والجوع والحرب.

وبدأ يظهر اتجاه يعالج مكونات البيئة موضحاً أثرها على الثقافة والتطور، مبرراً أن التباينات البيئية تفرز ثقافات مختلفة. وبذلك أصبح هناك ما يعرف بإسم الأنثروبولوجيا الإيكولوجية التي تتناول بالدراسة العلاقة التبادلية بين البيئة والثقافة وتفسر الاختلاف بين الثقافات المختلفة للشعوب من خلال منظور التنوع البيئي، كما يهتم هذا التخصص بالبحث عن الوسائل التي تؤثر فيها الثقافة على توافق الأفراد مع تلك المتغيرات البيئية. وهكذا أصبح للأنثروبولوجيا الإيكولوجية دورها في البحث عن المعوقات الثقافية من قيم وعادات لها أثارها في الحد من الإنتاج وعدم تحقيق أهداف التنمية الاقتصادية.

معنى هذا أنه يمكن للأنثروبولوجيا أن تدعم النشاطات الاقتصادية التي هي ركيزة التقدم بدعوتها للحفاظ على موارد البيئة الطبيعية واقتراح الحلول للرواسب الثقافية المعرقلة للإنتاج (مثل المحظورات أو المحرمات Taboo). وقد تتجاوز هذا الدور إلى تعزيز قوى وتماسك جميع أفراد المجتمع دون نزعة قبلية أو عرقية، فالاقتصاد هو دعامة التنمية التي تحقق الرفاهية للمجتمع ككل. وما يؤكد ذلك ما نشرته المجلة العلمية البريطانية الإيكولوجست بعنوان "برنامج عمل للبقاء أحياء"، حيث أكد كاتبوا

التقرير ضرورة إحداث تغييرات جذرية في إطار العلاقة بين البيئة وبين الحياة الاجتماعية، وذلك من خلال طرح وتطبيق سياسات جديدة تتغير بمقتضاها الأسس التي تقوم عليها التنمية الصناعية الزائدة المكثفة.

وفي عام 1976 يتناول جون بودلي Bodely في كتابه: 'الأنثروبولوجيا والمشكلات المعاصرة للإنسان' مشكلات تلوث البيئة، ونضوب الموارد الطبيعية، وانتشار الجوع والانفجار السكاني، وقضايا التنمية في دول العالم الثالث. وقد جاء هذا الكتاب ليؤكد أهمية ربط وارتباط الفكر الأنثروبولوجي بالواقع الاجتماعي المعاصر، وأهمية الأنثروبولوجيا في مواجهة أزمات العالم والإنسان في الحياة الحديثة.

وتفاعلاً مع الأزمات البيئية من جفاف وقحط ومجاعة قام كل من Huss, Ashmare, Rebecca and Solomon بدراسة أزمة الغذاء في أفريقيا من خلال منظور أنثروبولوجيا التنمية. ويقرر هؤلاء الباحثون أن معالجة الأزمة تحتاج إلى وقت طويل في البلاد النامية بسبب الثقافات المحلية وانعكاسها على البيئة والسكان، وأنه يتحتم على أنثروبولوجيا التنمية الاهتمام بالبيئة وبأساليب ومناهج بحثها. كما قام كل من: White Forde, Scoth and Ann, E. Ferguson بدراسة عن الأمن الغذائي والجوع والعطش في أمريكا الوسطى والمكسيك حيث أوضحوا أن الفقر هو المحصلة النهائية لهذه المشاكل المترابطة مع البيئة والسكان. وهكذا تربط هذه البحوث بين التغذية والبيئة.

البيئة والأنثروبولوجيا التطبيقية

تعد الأنثروبولوجيا التطبيقية أحد فروع الأنثروبولوجيا التي دعت إلى تأسيسها وفرضتها الظروف الملحة التي واجهت الحكام لرغبتهم في التعرف على وإدراك المغزى الحقيقي للنظم الاجتماعية والسياسية والأبنية الاجتماعية للمجتمعات الأفريقية والأسيوية المطلوب السيطرة عليها. فاستعانوا بالأنثروبولوجيين الأوروبيين والأمريكان، وكانت أبحاثهم وتقاريرهم مقدمة لظهور ميدان 'الأنثروبولوجيا التطبيقية'. وإذا كانت بداية هذا العلم قد خدمت أهدافاً استعمارية، إلا أن استخدامها امتد بعد ذلك ليشمل مجالات أخرى، ويعالج الكثير من المشاكل الاجتماعية سواء في القطاع

الإداري أو الصناعي أو الزراعي. وتم إنشاء جمعية الأنثروبولوجيا التطبيقية (عام 1941) في أمريكا بهدف المشاركة في إيجاد الحلول العلمية لمشاكل المجتمع.

تعالج الأنثروبولوجيا التطبيقية قضايا الثقافات المعاصرة وتعمل على معالجة المشكلات التي تواجه المجتمعات الحالية مستعينة في ذلك بنفس مناهج الأنثروبولوجيا. ومن الموضوعات التي يمكن أن تقدمها الأنثروبولوجيا التطبيقية للبيئة: التغير التدريجي للبيئة، المحافظة على الموارد الطبيعية، تنمية المجتمعات المحلية، ودراسة مشاكل النمو السكاني والحضري، والنهوض بالأحياء الحضرية المتخلفة وبالمناطق العشوائية، والمساهمة بالمشورة والرأي في التنمية المتواصلة للمناطق الزراعية الحديثة، ودراسة مشاكل المسكن الصحي، والغذاء والبطالة والفقر والجريمة بالبيئات الفقيرة. فالأنثروبولوجيا التطبيقية إذن تهتم بالبحوث التي تعالج المشكلات النابعة من حاجات أساسية لدى أفراد المجتمعات المختلفة.

ومن هنا كان لها دورها البارز في بحوث البيئة وتنميتها واقتراح الحلول لمشاكلها. ومشاكل البيئة هي في واقع الأمر ناتجة عن قصور في التخطيط، أو إهمال في استخدام الموارد الطبيعية، أو إهدار للمال العام، المتمثل في الإسراف في استخدامات المياه للشرب ولأغراض الزراعة والصناعة. وهي مشاكل ملحة تتطلب البحث عن حلول مقبولة يمكن الأخذ بها وتطبيقها. لذا يغلب على بحوث البيئة الجانب التطبيقي من الأنثروبولوجيا.

الزحام والضوضاء

قال روبرت كوخ: "سيأتي اليوم والذي يتعين فيه على الإنسان أن يناضل الضوضاء مثلما ناضل الكوليرا والطاعون". أما لورد بايرون في النشيد الثالث، المقطوعة 72 من رحلة الطفل هارولد فيقول "بالنسبة لي الجبال الشامخة إحساس، أما ضوضاء المدن البشرية فعذاب".

ولما كانت الضوضاء قرينة الزحام فيتعرض محمد الجوهري للأبعاد الاجتماعية لمشكلة الزحام. ويتناول الزحام ونسق القيم. فيعرف الزحام بأنه حقيقة مادية توصف بزيادة عدد البشر الموجودين في مكان ما عن الإمكانيات الاستيعابية لهذا المكان. وبهذا

المفهوم فالزحام يمكن أن يوجد في كل مكـان. ويـستعرض الباحـث مجـالات الزحـام حيث يوجد في الأماكن العامة والخاصة، وأماكن الترويح، ومعاهـد التعلـيم، وموالـد الأولياء، ومرافق النقل والأسواق. ويشخص الظاهرة بأنها دائمـاً مظهـر مـن مظـاهر اختلال الوظيفة التي يؤديها هذا المرفق العام.

ومن ثم فالزحام ظاهرة اجتماعية حضرية (التحضر الرث) أي ظاهرة حـضرية مرضية. والبيئة الحضرية الرثة هي أحياء في قلب المدينة أو على أطرافهـا. وقـد تكـون أيضاً حديثة النشأة مساكنها في مستوى متخلف، وتفتقر إلى المرافق العامـة والخـدمات العامة. ويؤدى هذا الزحام إلى نسق من العلاقات الاجتماعية المضطربة التي تعانى من عدد من السلبيات وتواجه أنواعاً شتى من الأزمات.

ويتساءل الباحث هل الزحام شر خالص؟ ثم يوضح أن بعض ملامحهـا إيجـابي وبعضها سلبي. فإيجابيات هذه الظاهرة تبـدو في أن ابـن الزحـام أكثـر نـضجاً ودرايـة بنوعيات البشر وطبيعة المواقف الإيجابية، كما تتجمع عنده أطراف علاقـات وتترامـى إلى سمعه أخبار وحوادث، وتتوفر له خبرات عدد كبير ممـن يعايـشهم. وابـن الزحـام بذلك تكون حدود رؤيته للعالم أوسع من حدود بيئتـه وطبقتـه وهـذا ملمـح إيجـابي. بالإضافة إلى أن مناطق الزحام هي مدرسة لتعليم التكافل الاجتماعي والتدريب عليه، لأن التكافل الاجتماعي سمة لمن يعيشون في زحام. ويخفف هذا الزحام مـن أمـراض الانطواء والاكتئاب، وما يؤدى إليه من انتحـار وعلـل نفـسية واجتماعيـة. ثـم يؤكـد الباحث أنه برغم ذلك فإن السلبيات تفوق الإيجابيات.

فبالنسبة للنظافة نجد البيئة المزدحمـة تعـانى مـن مـشكلة تواضـع معـايير النظافـة. وبإيجاز يتضح أن الزحام هو قرين الفقر ونقص الإمكانيات، وبالتالي انعدام النظافـة في كل شيء، وآثارها الوخيمة على صحة الفرد، وتصور الإنسان لذاته وللآخـرين وآثـاره السلبية على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

والحياة في بيئة مزدحمة تؤدى حتماً إلى حدة الاستجابة وإلى الخشونة والغلظـة في التعامل مع الآخرين وإلى علو الصوت في التخاطب مع الآخرين، فكثرة العدد تـؤدى إلى تعدد المشاحنات وتشعب الصراعات التي تعد سمة مميزة لكل أبناء الزحام. فهم في

حالة من التحفز الدائم والاستعداد الفوري للدخول في الصراع وتصعيده باستمرار. فالبيئة المزدحمة هي بيئة ساخنة دائماً حادة الفعل متحفزة تكاد تتسم بالعدوانية.

ويؤدى الزحام إلى ضياع الخصوصية فالجميع يرى الجميع والكل يعرف كل شيء عن الآخرين وكل واحد يستطيع أن يتدخل في شئون الآخرين. وعن الزحام والعلاقات السرية وانعكاسها بالسلب على العلاقات داخل الأسرة يلفت الباحث النظر إلى خطورة الآثار السلبية للحياة في منطقة مزدحمة متخلفة إذ أنها لا تؤثر فقط على الفرد في موقف معين، أو بشكل عارض، لكنها تنشئه على هذه السلبيات وتغرس فيه قيماً واتجاهات منفردة تبقى معه بقية حياته تجاه الثقافة السائدة في المجتمع. ويتفق الباحثون على خطورة الآثار السلبية للحياة في منطقة مزدحمة على الطفل فهو مضطر إلى الحياة في بيئة غير ملائمة لطفولة سعيدة وقيام علاقة أسرية وثيقة.

ومناطق الزحام هي مناطق السلبيات الاجتماعية، من جريمة وإدمان للمخدرات وانحراف للأحداث والاضطراب الفعلي، فضلاً عن كونها حالياً مرتعاً للحركات الدينية المتطرفة.

والزحام يؤدى إلى مزيد من الزحام بالمفهوم الاقتصادي والاجتماعي، لذا يعوق التنمية ويساعد على التعجيل بعملية الفرز الطبقي، ويحد من حركة ابن الزحام في الحراك الاجتماعي إلى أعلى السلم الاجتماعي، لأن عليه أن يدفع ثمناً أخلاقياً باهظاً لأن بيئة الزحام تسيطر عليها الروح الجمعية وهي بذلك تحد من الاتجاه نحو الفردية.

ويخلص الباحث إلى أن الأثر السلبي الواحد يمكن أن يقود إلى آثار سلبية أخرى. وهكذا تؤدى كل سلبية إلى سلبيات، وتلك تقود إلى المزيد من السلبيات الأخرى دون توقف. والحل يكمن في مدى استطاعة البيئة المزدحمة أن تقدم مسكناً جيداً. لذا يجب الاهتمام بمشكلة الإسكان وإصلاح مرافق التعليم والتنمية الأخلاقية بالاعتماد على أجهزة الثقافة والقيادات الفكرية والصحوة الوطنية بدعوتها الأخلاقية والتنمية القيمية، وأن يؤدى الفن دوره في هذا الشأن، لكن لن يتأتى كل ذلك إلا باللجوء إلى المعين لكل القيم ولكل الأخلاق وهو الدين.

المرأة والتلوث البيئي في بيئة حضرية متخلفة

تعرف آمال عبدالحميد التلوث بأنه حدوث تغيرات نوعية وكمية في الخصائص البيولوجية والفيزيقية والكيميائية لمكونات البيئة المختلفة كالماء والهواء والتربة. ويمتد أثر التلوث إلى الإضرار بالمقومات البيئية الحيوية للنسق الإيكولوجي بما يهدد صحة الإنسان وسلامته، والتلوث ظاهرة من صنع الإنسان. وتشير الباحثة إلى أن إهمال المدخل الثقافي في دراسة البيئة والاعتماد على المدخل الإيكولوجي فقط، وعدم الجمع بينهما أدى إلى تأخر الدراسات الخاصة بمشكلات البيئة من تلوث وتدهور طبيعي. وقد جمعت في دراستها بين المدخلين، ثم حددت المجال الجغرافي للدراسة وهي منطقة (بين السرايات - بالدقي)، ثم المجال الزمني، والمنهج حيث اعتمدت على المنهج الأنثروبولوجي بأدواته المتعارف عليها. وتخلص الباحثة إلى أن التلوث ينجم عن عوامل متعلقة بظروف البيئة نفسها. وتقترح الباحثة ضرورة تنمية الوعي البيئي في الأحياء المتخلفة، وكذلك وضع سياسة تخطيطية لهذه الأحياء المتخلفة. كما تشير الباحثة إلى دور المرأة في نظافة بيتها وشارعها وأسرتها.

الهدر البيئي والاستقرار الاقتصادي والاجتماعي

رؤية موروفولوجية لقرى بحيرة قارون

ترى عايدة فؤاد عبدالفتاح أن الهدر البيئي للثروات الطبيعية من القضايا المحورية الهامة في المجتمعات النامية والمتخلفة. كما يعتبر هدر الثروات البيئية من أخطر المشكلات التي يعانى منها المجتمع المصري بوجه عام. ويرتبط الهدر البيئي بالعديد من الأبعاد الهامة الفيزيقية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية. ويحدد كل بعد جانباً هاماً من جوانب الظاهرة، ومن ثم يكشف بوضوح عن طبيعة الاستقرار الاقتصادي للمجتمع. وتوضح الباحثة مفهوم الموروفولوجيا الاجتماعية والذي يعد نقطة البدء في التحليل الإيكولوجي بأنها دراسة العلاقة بين البناء الاجتماعي والبيئة الفيزيقية أو البيئة الخارجية، وهذا يعنى الصورة المادية التي تميز البناء الاجتماعي لمجتمع معين في بيئة فيزيقية محدودة. ثم تشير إلى اهتمام علماء الأنثروبولوجيا الإيكولوجية بالنسق البيئي والتوازن الاجتماعي، وذلك من خلال الاتجاه الوظيفي

الحدث والاتجاه التفاعلي، فقد اهتمت قضايا الاتجاه الوظيفي الحدث بالتوازن البيئي ومدى تأثير الإضافات الخاصة بالإنسان على فعالية النسق البيئي والاستقرار الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك يؤكد الاتجاه التفاعلي على ضرورة تحليل خواص النسق البيئي وفق عمليات التوازن وعدم التوازن ومن ثم يبدو بوضوح الاستقرار وعدم الاستقرار الاجتماعي. وقد التزمت الباحثة بالمدخل الإيكولوجي ليتسنى لها دراسة العلاقة بين الوسط البيئي المحيط بخصائصه الطبيعية والبيئة الاجتماعية للمجتمع، معتمدة على طريقة المسح الشامل للقرى في إطار المنهج الأنثروبولوجي، وهي 17 قرية وعزبة تقع في شرق وجنوب بحيرة قارون، ثم مجموعة أخرى من القرى والعزب تقع جنوب غرب البحيرة، ومجموعة أخرى من القرى والعزب تقع شرق البحيرة.

وتوضح نتائج الدراسة أن البحيرة تعانى من تزايد الملوحة، والتلوث. كما تبين أن التركيب الاجتماعي للسكان والذي يرجع إلى أصل عرقي متجانس، (أصل عربي) وهم البدو المستقرون الوافدون من ليبيا والصحراء الغربية يتركزون في أطراف البحيرة، بينما يتركز أهل الوادي في السهول والمنخفضات. ويغلب نمط الحياة البدوية على سكان قرى بحيرة قارون.

أما عوامل اختلال الاستقرار الاجتماعي فمرجعها عوامل اقتصادية ترجع إلى تدهور إنتاج البحيرة وتدهور الأراضي الزراعية المتاحة لها، مما أدى إلى انخفاض الدخل. كما اختل توازن البيئة الاجتماعية بسبب تدهور الأراضي الزراعية، وانخفاض إنتاج البحيرة وتراجع عمل المرأة. أما العوامل الاجتماعية فتتمثل في انتشار القيم السلبية وتدهور الحالة الصحية. ومن مظاهر عدم الاستقرار الاجتماعي انتهاك قواعد الصيد، البطالة، الهجرة، الخروج عن المعايير، معاداة الحكومة. ثم توصى الباحثة بضرورة التوعية البيئية وأهمية تضافر جهود المؤسسات الحكومية والعلمية لإنقاذ هذه المنطقة.

العوامل البيئية وانتشار الأمراض المعدية

دراسة حالة في قرية مصرية

تعانى البيئات الفقيرة من تدنى مستوى المعيشة والتكدس السكاني ونقص المرافق الصحية، وضعف الوعي الصحي مما يساعد على انتشار الكثير من الأمراض المعدية. وهذه الدراسة محاولة جادة للتحقق من طبيعة العلاقة بين بعض العوامل البيئية الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وبين درجة انتشار الأمراض المعدية. ففي الريف المصري حيث البيئة الملائمة لانتشار الأمراض المعدية بلغت معدلات وفيات الأطفال الرضع (إحصاء 1988) نحو 118.8 لكل ألف من المواليد الأحياء في الريف مقابل 65.6 لكل ألف من المواليد الأحياء في الحضر. كما بلغ معدل وفيات الأطفال من سن 1-5 سنوات نحو 55.6 لكل ألف من المواليد الأحياء في الريف عام 1990 مقابل 24.8 في الحضر. كما تشير بيانات عام 1990 إلى أن عدد السكان لكل طبيب بالريف 5000 نسمة مقابل 958 نسمة بالحضر، بالإضافة إلى تدنى مستوى خدمات التمريض وعدم وجود صرف صحي وقصور في الموارد المالية. ويتطلب ذلك معرفة أهم مسببات هذه الأمراض، حتى يمكن وضع برامج التخطيط الصحي الملائمة. ونظراً لتباين مجموعة الأمراض التي تتناولها الدراسة وبالتالي تباين ظروف انتشار كل مرض، ستتعرض الدراسة لكل مرض على حده. ومن هذه الأمراض: الالتهاب الرئوي أو السل - الالتهاب الكبدي الوبائي - التهاب السحايا - مرض التيفود والباراتيفود. وتعمل الدراسة على التعرف على الظروف البيئية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المساعدة على انتشار كل مرض من الأمراض السابق ذكرها.

أجريت الدراسة على عينة من سكان قرية كفر طنيدي مركز شبين الكوم بالمنوفية، قوامها مائة رب أسرة اختيروا بطريقة عشوائية من خلال بطاقات صرف المقررات التموينية. وتشتمل الدراسة على ثمانية متغيرات مستقلة هي: المهنة - التعليم - الدخل - التعرض لمصادر المعلومات - التثقيف الصحي - التثقيف الصحي للأبناء - السكن - تلوث البيئة. وأربعة متغيرات تابعة هي: مرض الدرن الرئوي - الالتهاب الكبدي الوبائي - الالتهاب السحائي - التيفود. ولقد تم تقسيم أفراد العينة إلى

مجموعتين، مجموعة تضم الأفراد المصابين وأخرى تضم غير المصابين لكل مرض على حدة.

انتهت الدراسة إلى عدد من التوصيات تتعلق بالوعي الصحي وبرامج توعية بالممارسات الصحية السليمة والعمل على سلامة البيئة الصحية والتركيز على كيفية تعود الأشخاص على عدم تلويث البيئة وغرس بذور ذلك منذ الطفولة وفي مراحل التعليم المختلفة.

إيكولوجية المدينة

دراسة تحليلية للمناطق الإيكولوجية قامت بها عايدة فؤاد في مدينة الإسماعيلية. تبنت فيها الاتجاه البنائي الوظيفي. حيث تستعرض مراحل النمو العمراني لمدينة الإسماعيلية منذ عام 1870 وبعد حرب 1973. ومع عودة المهجرين والتعمير كبر حجمها العمراني وارتفعت كثافتها السكانية فأصبحت حالياً تسعة أحياء.

وتوضح الباحثة أن لكل مجتمع نموذج إيكولوجي معين هو نتاج العلاقة المتبادلة بين الإنسان والبيئة، وفي رأى الباحثة أن مدينة الإسماعيلية قد مرت بنوعين من النماذج الإيكولوجية عبر فترتين زمنيتين مختلفتين. فقد كانت مقسمة منذ نشأتها وخلال فترة الاحتلال إلى قسمين منفصلين ومتميزين تماماً هما حي الأفرنج وحى العرب. وبانتهاء الاحتلال ألغى هذا الفصل بين قسمي المدينة، وأصبحت مدينة واحدة، والآن أصبحت المدينة عبارة عن عدة مناطق مختلفة متحدة في المركز. حيث تتكون مدينة الإسماعيلية من عدة دوائر مشتركة في المركز تتركز في الدائرة الأولى كافة المصالح الحكومية. وتنتهي الباحثة إلى أن النموذج العمراني لمدينة الإسماعيلية أكثر قرباً من نموذج الدوائر المتركزة، وهذا نتيجة اتخاذ العمران داخل المدينة شكل دائرة إلى حد ما.

تلوث بحيرة قارون ومشكلات النشاط الاقتصادي

دراسة استطلاعية لإحدى قرى بحيرة قارون

تلقى فاتن الحناوي الضوء على أهم مشكلات النشاط الاقتصادي بقرى البحث، خاصة نشاط الصيد باعتباره النشاط الاقتصادي الرئيسي لأغلب السكان. وهو بحث

استطلاعي، كشفت نتائجه الأولية عن أهم الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلات تلوث البحيرة من تدهور واضح في الأنشطة الاقتصادية لهذه القرى سواء كانت زراعية أو خاصة بأعمال الصيد. ويتبين من البحث أن أهم المشكلات الناتجة عن تلوث بحيرة قارون ما يلي:

- ارتفاع نسبة الملوحة في مياه البحيرة وانخفاض عائد إنتاج البحيرة.
- مصنع استخراج الأملاح وتهديره لإمكانات الصيد بالبحيرة.

ويترتب على ذلك انخفاض العائد من الصيد وقلة الدخل ومعاناة الأغلبية من الفقر. وترتب على هذه المشاكل الاقتصادية مشاكل اجتماعية مثل الهجرة، البطالة. وتقترح الباحثة تحسين وتنمية فرص إمكانات الصيد بالبحيرة، وتنقية مياه الصرف التي تصب بالبحيرة، وتوعية الأفراد، وإعادة النظر في نظام التسويق الحالي للأسماك، وإمكان الرقابة على سوق الشباك ومواصفاتها، وإقامة بعض المشروعات الخاصة بالصناعات البيئية في قرى الدراسة.

بعض مظاهر الهدر البيئي في مجال الصحة

دراسة استطلاعية لإحدى قرى بحيرة قارون

يدور هذا البحث والذي أعدته سعاد عثمان أحمد حول محور أساسي هو الصحة التي يعد هدرها أخطر معاول هدم الإنسان بشكل عام. وهي دراسة استطلاعية هدفها التعرف على الأبعاد المختلفة لإصابة سكان القرى بالأمراض، وتأثير التلوث وغيره من العوامل على تدهور الصحة العامة والتعرف على طرق العلاج المتاحة. وقد طبق هذا البحث المنهج الأنثروبولوجي بأدواته المتعددة.

ويتبين من الدراسة أن الأمراض المنتشرة بالقرية كما تعكسها البيانات الإحصائية بالوحدة الصحية أمراض الالتهاب السحائي، الدرن الرئوي، الالتهاب الكبدي الوبائي. أما الأمراض المنتشرة من واقع الدراسة الاستطلاعية فهي: أمراض وبائية وأمراض تنتج عن سوء استخدام مصادر البيئة، وأمراض تنتج عن التلوث وانخفاض مستوى الوعي الصحي وعدم الالتزام بقواعد النظافة، وأمراض هي

مضاعفات لأمراض أخرى، وأمراض تنتج بطريقة غير مباشرة عن انحسار الثروة السمكية، وأمراض سوء التغذية، وأمراض ناجمة عن الطفيليات.

أما عن تلوث البحيرة وآثاره على الصحة العامة: فتوضح تلوث بحيرة قارون بمياه الصرف الزراعي والصرف الصحي وإلقاء المخلفات والتلوث البيولوجي وزيادة معدلات الملوحة. ومن آثار التلوث المباشر على الصحة احتمال انتقال الأمراض من الأسماك إلى الإنسان، بينما الآثار غير المباشرة تتمثل في تدنى العائد الاقتصادي والاضطرار للهجرة، وتحول القرى إلى قرى طاردة لسكانها، وإصابة أغلب سكان القرى بأمراض الفقر. وهناك عوامل تزيد من حدة التلوث البيئي مثل تدنى مستوى الوعي الصحي وبعض العوامل الثقافة الأخرى.

ويبدو تلوث البيئة واضحاً في تلوث الترع والمصارف الزراعية، وتلوث الشوارع والمساكن، وتلوث مياه الشرب، وسوء المرافق العامة، وعدم وجود شبكات صرف صحي، وخلو غالبية المساكن من مراحيض دورات مياه، وضعف مستوى الوعي الصحي. وهناك عوامل ثقافية مثل الأمية والعلاج عن طريق الاعتقاد في الأولياء والعلاج بالكي، والعلاج بالخرام، واللجوء للداية، والمجبراتي، والحلاق.

الإنسان والبيئة في الفرافرة: الواحة القرية والمدينة

مع تحول الاهتمام إلى وادي النيل أصبحت واحة الفرافرة أشبه بمعزل بشرى، ولكن مع التوجه السياسي بغزو الصحراء واستثمارها تركز الاهتمام بها لإعادة دمجها بالوطن الأم، فاستغلت أراضيها الشاسعة، وانتشرت عليها قرى الخريجين، ومهدت إليها طريق برى ربطها بالقاهرة، فأصبح الدخول من وإلى الواحة سهلاً ميسوراً. كما تم ربطها بالإرسال التليفزيوني. هل قضى ذلك على عزلتها وأدمجها في المجتمع القومي، وما هي التغيرات المترتبة على ذلك؟

يحاول مصطفى عوض ومحمد مختار الإجابة عن هذا السؤال ومعرفة اتجاه التغير ومدى تقبل أهل الواحة له، وما هي طبيعة العلاقة الحالية بين أبناء وادي النيل والواحة؟ وكيف يتعاملون مع المهاجرين، وهل سقطت الحواجز النفسية والاجتماعية التي كانت قائمة بين أبناء الوادي وأهل الواحة؟ وما هو أثر تكوين مجتمعات محلية

جديدة مثل قرى الخرجين في تغيير البنية وفي إحداث تغير حقيقي في حياة أهلها.

استخدمت الدراسة المنهج الأنثروبولوجي مستعينة بالملاحظة المباشرة والإخباريين من كبار السن وبعض المسئولين عند جمع البيانات والمعلومات. هذه الدراسة استكمالاً لدراسات سابقة أحدثها رسالة دكتوراه 1986 عن (التنمية الاقتصادية وتغير البناء الاجتماعي التقليدي في مجتمع واحة الفرافرة)، أوضحت أن مشروعات التنمية استخدمت نظاماً للملكية يقوم أساساً على نظام ملكية الأرض بدلاً من نظام ملكية المياه السائد آنذاك، وبدأ الاتجاه نحو الملكية الفردية للأرض على حساب الملكية الجماعية وبالتالي ظهور ملاك جدد وعلاقات والتزامات جديدة قائمة على المصلحة الاقتصادية التي حلت محل الروابط القرابية ومن ثم اتسعت دائرة العلاقات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، كما صاحب هذا سيطرة الدولة المتمثلة في نظام الحكم المحلى وبدأ دور الزعامات التقليدية في التقلص. كل هذه التغيرات كانت تعمل جنباً إلى جنب مع الظروف السائدة حينذاك وبدأ أثرها يظهر في البناء الاجتماعي التقليدي.

وبعد استعراض أصول سكان الواحة والخصائص الديموجرافية لها وعلاقات التكافل بالواحة، القرية من خلال مظهرين فقط تتجلى فيهما هذه العلاقات وهما (حالات الوفاة – كرامة الأولياء) ودور وسائل النقل في تحقيق التواصل الاجتماعي الثقافي الاقتصادي، تتناول الدراسة ما يواجه قرى الخريجين كمتغير بيئي من مشاكل أدت إلى ضعف تأثير هذه القرى في إحداث التغير المنشود. وخلص البحث إلى عدد من النتائج منها:

1. قضى ربط الواحة بالقاهرة من خلال الطريق البرى على عزلتها النسبية بها، إلا أن العزلة مازالت قائمة بينها وبين عاصمتها (الخارجة) ويتضح ذلك في عدد من المظاهر منها قلة زيادة المسئولين لها وحرمانها من الكثير من الخدمات، ونظراً لما تتمتع هذه الواحة من إمكانات جغرافية وطبيعية فالمطلوب تحويلها إلى مدينة مستقلة أسوة بمدينة الأقصر.
2. قيام المؤسسة المسئولة عن التعمير بفرض نمط من السكن على قرى الخريجين ووجه بالرفض وعدم التقبل لضيقه واحتفاظه بالحرارة.

3. مازالت العلاقة بين أهل الواحة وأهل الوادي محدودة في عدد من المجالات من أهمها مجال العمل فقط.

ويرجع بطء عملية التغير إلى ضآلة الكثافة السكانية، لذا توصى الدراسة بإعداد خطة عامة لإعادة توزيع الكثافة السكانية على مساحة مصر الكلية.

الآثار الاجتماعية للزلزال

قدمت هذا البحث سامية جابر في ندوة عاطف غيث الرابعة 1993 والتي كان موضوعها علم الاجتماع وقضايا الأمن والبيئة في العالم العربي. وقد اهتمت هذه الندوة بالبيئة لتعدد آثار التحولات العالمية بدءاً بتلوث البيئة وتدهورها والجفاف والتصحر وأحزمة الفقر حول المدن، وظهور الإسكان العشوائي وما يصاحبه من زيادة احتمالات الإصابة بالمرض، وانتشار الجريمة والإدمان، وتكوين جماعات هامشية، وقد انعكس هذا بدوره على حالة الاستقرار الاجتماعي في الكثير من دول العالم الثالث. ويمثل هذا البحث المنظور الاجتماعي للزلزال تفاعل الإنسان والمجتمع والبيئة.

ورغم أن هذه الكارثة الطبيعية لا دخل للإنسان فيها بل هي من صنع الطبيعة، وربما يكون هناك نشاطات إنسانية قد يكون لها أثر ضئيل في إحداث مثل هذه الكارثة. وتشير الباحثة إلى أن هدف البحث هو معرفة الأثر الاجتماعي للزلزال على المنكوبين بوجه خاص. وقد تم جمع البيانات بواسطة استمارة بحث بالإضافة إلى انطباعات الباحثين والبيانات الوثائقية المتاحة بسجلات المحليات. وقد تضمنت الاستمارة جزء خاص للمسئولين، واستمارة للجمهور واستمارة للمضارين. وأخذت عينة البحث من محافظات الجيزة والفيوم والقليوبية مع التركيز على القرى والمناطق المضارة بالزلزال.

وفيما يتعلق بالجهاز الإداري والسلوك الوظيفي كشفت الدراسة عن ما يلي:

تحفظ المسئولين بصفة عامة في أقوالهم خاصة إذا اتصلت برؤسائهم في المستويات العليا وعدم ارتياحهم للإدلاء ببيانات كمية، وأن الأجهزة الإدارية ليست لديها إمكانيات لمواجهة الطوارئ، وكذلك الافتقار إلى التنسيق بين أجنحة الجهاز الإداري، بل العكس يوجد صراع مستتر بين هذه الأجنحة المكونة للجهاز الإداري،

وقد حدثت تجاوزات في الواجبات الوظيفية وتفشت ظاهرة انعدام الثقة وتبادل الاتهامات.

ويرى المسئولون أنه كان ينبغي على الحكومة إنشاء مدن جديدة (60٪) لمواجهة سوء حالة المسكن، 60٪ يرون إنشاء وزارة تختص بالكوارث والنكبات العامة وينتقدون المخيمات وعدم ملائمتها للحياة الآدمية. كما أجمع المسئولون جميعاً على أن الهلال الأحمر كان أكثر الأجهزة والتنظيمات المختلفة إسهاماً في مواجهة الزلزال، بينما ينتقدون دور وزارة الصحة، ويشيدون بدور القوات المسلحة وبمجهود وزارة الشئون الاجتماعية. ولم تغفل الدراسة دور الأحزاب السياسية إذ أشاد 72٪ بدور الأحزاب منها 28٪ قررت أن دور الحزب الوطني اقتصر على المطالبة بالخدمات دون أي مشاركة فعالة بينما اقتصر دور أحزاب المعارضة على الاعتراض والانتقاد فقط.

وتحدد الباحثة الآثار الاجتماعية للزلزال فيما يلي:

- ارتباك العملية التعليمية، وظهور نوعيات من مشاكل جديدة في العلاقات بين السكان الجدد ببعض مناطق الإيواء.
- ظهور بعض الأمراض الوبائية، حيث تبين وجود نسبة من الأهالي حاولت التربح من الحادث.
- ظهور روح التعاون في أوقات الأزمات والشدائد بين المصريين جميعاً.

وتنهي الباحثة بحثها بنداء إلى رئيس الجمهورية ورئيس مجلس الوزراء والمحافظين بالنزول إلى أماكن هذه التجمعات للاطلاع على أحوال المضارين بعيداً عن التقارير الرسمية. وهكذا تلفت هذه الدراسة الانتباه إلى أهمية التنمية البيئية والعمرانية للقرى والمدن، بما يقلل أخطار هذه الكوارث.

تلوث البيئة الريفية: دراسة لبعض آثار تغير إيكولوجية القرية المصرية

أعدت هذا البحث منى إبراهيم الفرنواني لتقديمه إلى ندوة عاطف غيث الرابعة 1993. وبعد أن تشير الباحثة إلى انتشار التلوث البيئي في المجتمع المعاصر إلا أنه يظهر ويزداد بصورة واضحة في مجتمعات العالم الثالث، وقد اقتصرت دراسات التلوث في مصر على البيئة الحضرية حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات أن المدينة هي المنبع

الرئيسي للتلوث باعتبار أنها مصدر للضوضاء والمخلفات الصناعية وعوادم السيارات. ويعنى ذلك وجود نقص وفقر وندرة في مجال تلوث البيئة الريفية. ثم تعرض دراستها عن قرية البراجيل (محافظة الجيزة) والتي قامت بها بهدف محاولة اختبار أبعاد التلوث، وكذا اختبار بعض قضايا نظريات التغير في فهم أبعاد زيادة أو نقصان التلوث، ومن ذلك قضايا النظرية الوظيفية حول التغير في الشكل البنائي للمجتمع وما قد يؤدى إليه من حدوث التلوث، وكذا قضايا النظرية التطورية المحدثة التي ترى أن التغير قد صاحبه انتشار كما قد يصاحبه نكوص في بعض أجزاء البناء التي لم تستطع أن تواكب هذا التغير. وقد أسفرت نتائج البحث عن:

1. إن الكتلة السكنية محاطة بالعديد من المصانع والتي بدأ إنشائها منذ 1969 وما خلقته من فرص عمل لأبناء القرية، إلا أن آثارها السيئة كانت كبيرة، إذ امتلأت القرية بالعوادم وتلوث هواء القرية وظهور الإصابة بأمراض حساسية الصدر والربو والسعال.
2. إن إيكولوجية المساحة السكنية وضيق الشوارع واكتظاظ المساكن هي سمه تميز القرى المصرية.
3. استبدلت المساكن القديمة بمساكن جديدة وعرف نظام تأجير المسكن. كما تم الاستغناء عن النمط التقليدي للمسكن والخلاص من الفراغات التي كانت تحيط بالمسكن وبالتالي أدى اكتظاظ المساكن وارتفاعها بما لا يتناسب مع اتساع الشوارع إلى حجب الهواء والشمس عن المساكن من الداخل وعن الأفراد.
4. أصبحت الترع مصدراً للتلوث ومصباً للقمامة.
5. تحسنت حالة مياه الشرب بالقرية بعد تزويدها بمحطة مياه إمبابة.
6. عدم وجود شبكة صرف صحي بالقرية، وما يستتبع عربات الكسح من تلوث.
7. أسلوب الحياة والعادات اليومية للحياة في القرية حيث يعد الشارع مجالاً للعب والتجارة وإعداد الطعام وغسل بعض أواني الطعام والملابس وعرض بعض السلع الغذائية، وكذلك المقاهي بمشروباتها وأكوابها، والمدارس وما يقدم فيها

من مأكولات أو مشروبات وما تحدثه من أمراض معوية بالإضافة إلى المبيدات الزراعية وسوء استخدامها.

ثم توصى الباحثة بزيادة خدمات البيئة الأساسية للبيئة القروية.

الحياة اليومية لفقراء المدينة

يعرض هذا الكتاب من تأليف علياء شكري وزملائها واقع الفقراء المصريين في الثمانينيات من هذا القرن في ظل سياسة الإصلاح الاقتصادي، وتجدر الإشارة إلى أنه يرتبط بمفهوم الفقر بعض المفاهيم الفرعية مثل الفقر المطلق والفقر النسبي والفقر المزمن والفقر الحاد، ويعكس ذلك حقيقة الفقر كظاهرة مركبة متعددة الأبعاد.

وتبدأ الدراسة بتقديم تعريفات مختلفة للفقر مثل غياب أو نقص في الثروة المادية، أو عدم القدرة على إشباع الحاجات الأساسية والبيولوجية. ثم يتناول الكتاب مناطق تركز الفقراء وأهم العوامل المؤثرة فيها، ثم سمات مناطق سكنى الفقراء في محاولة للتعرف على الواقع المُعاش وميكانيزمات التكيف في كل منها. فالنموذج الإيكولوجي يتباين من مجتمع لأخر وحتى داخل المجتمع الواحد، لأن التقسيمات الإيكولوجية تعكس أبعاداً طبقية في الغالب، أي أن فقراء المجتمع المصري يتركزون إيكولوجياً وفقاً للمستوى الطبقي، ومن الأمثلة الأخرى التي يتركز فيها فقراء الحضر (المقابر). ويرجع ميل الفقراء في الحضر والريف إلى سكنى مناطق محددة إلى عدة عوامل في مقدمتها اتجاه الفقراء إلى العزلة الاجتماعية، رغبتهم في تيسير التعاون والمساندة فيما بينهم، تسهيل وصول المساعدات من التنظيمات الحكومية وغيرها إليهم، بالإضافة إلى انخفاض القيمة الإيجارية، وقلة تكلفة المعيشة وانتشار أسواق السلع المستعملة أو رخيصة الثمن للفقراء مما يتيح للفقراء سبلاً للتكيف مع ضغوط الفقر.

بشكل عام تفتقر الشوارع في مناطق سكنى الفقراء إلى التخطيط وتمتلئ بالقاذورات، وتنتشر بها الحشرات بأنواعها المختلفة، كما تتسم بالكثافة المرتفعة إلى جانب الاختلاط الواضح بين البشر والطيور والحيوانات. وتكثر بهذه المناطق الحارات والأزقة والعطوف. أما مورفولوجية المسكن وميكانيزمات التكيف، ففي الحضر

تتلاصق المباني وتنخفض أعداد طوابقها، وسلالمها متهالكة، وضيقة ومظلمة، وتفتقر إلى العديد من شروط المسكن الصحي، وأحياناً تكون عشش مصنوعة من الخشب أو الصفيح.

والمسكن غالباً ما يضيق بأصحابه حيث تتسم مساكن الفقراء بارتفاع معدلات التزاحم، مما يدفع تلك الأسر إلى خلق ميكانيزمات للتكيف. ومع ضيق المسكن وزيادة درجة التزاحم والزحام داخل المسكن وخارجه تنتفي الخصوصية وتنتشر الفوضى والضوضاء، ويزداد الصراع وترتفع حدة الاستجابة الاجتماعية.

وتتضح معالم إيكولوجية المسكن بتناول مشاكل المرافق الأساسية، وهي تعانى من نقص في هذه المرافق. لكن الفقراء يملكون ميكانيزمات للتكيف معها، وكذلك ديناميات للتكيف مع الدخل وبنود الإنفاق وتتنوع مستويات تكيف الفقراء مع واقع الفقر، وتتدرج بدءاً من الفرد باعتباره أصغر وحدة في البناء الاجتماعي وكيفية تخليه عن العديد من احتياجاته القرابية الأساسية إلى الجماعة الأولية ممثلة في الأسرة النووية أو الأسرة الممتدة والجماعات القرابية والجيرة من حيث الروابط والعلاقات الاجتماعية والتدعيم المتبادل بين أعضاء كل منها في الظروف الاقتصادية الصعبة.

الإسكان والتنمية الحضرية دراسة للأحياء الفقيرة في مدينة القاهرة

يتعرض السيد الحسيني في بحثه لأحياء السكن الفقير في القاهرة ديموجرافياً واجتماعياً، فيشير إلى أن النمو السكاني جاء نتيجة ارتفاع معدل المواليد وميل الوفيات إلى الانخفاض، وأضف إلى ذلك أن مصر قد شهدت خلال عقدي الستينات والسبعينات من هذا القرن، أضخم تيار هجرة خارجية. كما أنها مرت بحالة حرب تنخفض فيها عادة معدلات الخصوبة، كما انخفضت نسبة سكان الريف إلى سكان الحضر ومن المحتمل أن تصل إلى 48٪ مقابل 52٪ في الحضر حتى عام 2000، وتعتبر القاهرة والإسكندرية أكبر المراكز الحضرية استقبالاً للمهاجرين حيث تصل نسبة صافي الهجرة إلى القاهرة إلى 28.13٪، 9.32٪ في الإسكندرية طبقاً لتعداد 1976. كما تشكل الجيزة مركزاً جاذباً للمهاجرين أيضاً حيث تصل نسبة صافي الهجرة فيها إلى 12.86٪. أما أهم المحافظات الطاردة فهي المنوفية وسوهاج والدقهلية وقنا. ونمو

العواصم المصرية لا يتم فقط على حساب الريف بل يتم أيضاً على حساب المراكز الحضرية الصغيرة مما يؤدى إلى التركيز العاصمي أو على الأخص المدن الكبرى، وبهذا المعنى فإن القاهرة تشكل المدينة الأولى في مصر ليس فقط في ضوء عدد السكان بل أيضاً في ضوء كثافة النشاط ومركز القوة.

أما عن الخصائص العامة لأحياء السكن الفقير فيشير إلى أن القاهرة تعد حالياً واحدة من أشد عواصم العام اكتظاظاً بالسكان وتكاثفاً للبناء، كما أدى التكدس السكاني والعمراني وتدفق النقل الميكانيكي مع قلة المساحات الخضراء إلى ارتفاع نسبة التلوث في جو القاهرة إلى أكثر من معدل الأمان المسموح به دولياً. وتعانى القاهرة من مشكلة الإسكان فنسبة كبيرة من مباني المدينة متداعية متهالكة وآيلة للسقوط، ونسبة أكبر تجاوزت عمرها الافتراضي، وفئة ثالثة لا تصلح للسكن الآدمي. ويرتبط بذلك نمو الأحياء القديمة وتكون أحزمة ضخمة سميكة من المناطق المتريفة على أطراف القاهرة.

ومن خصائص أحياء السكن الفقير:

1. ارتفاع الكثافة السكانية إلى أقصى حد إذ بلغت الكثافة السكانية للكيلو متر المربع في قسم باب الشعرية سنة 1976 إلى 100.276 نسمة.
2. إن سكني الأطراف أصبح هدفاً للأسر الفقيرة في الأحياء الشعبية التقليدية.
3. إن الحجرات المستقلة تكاد تشكل خطاً سكنياً متميزاً في الأحياء الشعبية الفقيرة في القاهرة.
4. تزايد أعداد المساكن الجوازية بمعدلات ضخمة.
5. تكشف طريقة بناء المساكن في الأحياء الفقيرة عن بعض الدلالات الطبيعية.
6. ارتفاع معدل التزاحم بالحجرة الواحدة بالأحياء الفقيرة.

وتتوالى البحوث والدراسات البيئية خلال حقبة التسعينات من القرن العشرين حول العشوائيات أو المجتمعات غير الرسمية، يبرر هذا الاهتمام بأنه نتيجة لأحداث العنف واعتقاد البعض أن الإرهابيين وجماعات العنف السياسي المنظم هم من قاطني هذه المجتمعات التي تعانى من الفقر وويلاته.

وقد كشفت هذه الأبحاث عن دلالات هامة توضح مدى ضراوة الفقر وآثاره الاجتماعية والصحية والاقتصادية على الإنسان بهذه المجتمعات، وما يتعرض له من نتائج وخيمة للمسكن غير الصحي على صحته وسلوكياته وافتقاره إلى الخصوصية بل إلى الحد الأدنى من المعيشة الآدمية. واتضح بما لا يدع مجالاً للشك أن هذه المجتمعات تكونت بفعل أزمة الإسكان وتزايدت مع ارتفاع الهجرة للمدينة وخاصة العاصمة، التي تزايد الاهتمام بها فامتصت كل مخصصات التنمية، كما يعد انعدام العدالة في توزيع مشروعات التنمية سبباً دافعاً إلى المزيد من الهجرة من الريف إلى المدينة العاصمة، مما عرضها للتلوث والذي يهدد السكان ما لم تبذل جهود شاقة ومكلفة للحد من هذا التلوث والرجوع به إلى معدلات الأمان العالمي المعروف. وعندما استشعرت الدولة عبء الكثافة السكانية وما يسببه ذلك من تلوث بيئي. بدأت الاهتمام حالياً بعدالة التنمية وأعدت خططاً قومية لتنمية جنوب الصعيد وقناة السويس وأخيراً التنمية القومية لتنمية سيناء وحتى عام 2017. ولما كان للأنثروبولوجيا دوراً بارزاً وهاماً في المشروع القومي لتنمية سيناء فقد لاحظ البعض غياب هذا الدور الحيوي في التنمية المتواصلة لسيناء، حيث أشار الباحث إلى أنه سيترتب على ترعة السلام واستزراع 400000 فدان تغير في نظام حيازة الأرض في سيناء والتي هي الركن الركين وحجر الزاوية في حياة بدو سيناء، وأنه بإحلال نظام حيازة جديدة للأرض سيتغير وجه الحياة البدوية، وستحدث تغيرات بنائية عديدة على أرض سيناء تمس جوهر الحياة البدوية من نظم اقتصادية واجتماعية وثقافية، فضلاً عما سيترتب على إقامة الوافدين الجدد بها من نتائج اجتماعية واقتصادية.

ويؤيد الباحث ما ذهب إليه العالم الأنثروبولوجي أبوزيد من وجود صراعات قد تنتج عن عدم تقبل الوافدين، وضرورة مراعاة ذلك، وبالرغم من أن ذلك لا يشكل ظاهرة، إنما هو أمر يجب أن يراعى ويؤخذ في الحسبان، مع قضايا أخرى شملها البحث تتعلق بالمسكن والنخيل، ومدى تقبل الوافدين ونظام حيازة الأرض الجديد، وأهمية التنمية القومية لسيناء. ثم ينهي الباحث بحثه ببعض التوصيات لمعالجة القضايا المشار إليها سابقاً.

نوعية الحياة في مدينة القاهرة

قامت هناء الجوهري في أطروحتها للدكتوراه بدراسة المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية المؤثرة على تشكيل نوعية الحياة في المجتمع المصري سنة 1994م. وأوضحت أن نوعية الحياة التي تسود مجتمعات العالم الثالث تختلف عنها في المجتمعات الصناعية لاختلاف المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تشكل مدخلات نوعية الحياة.

ويمكن القول إذن أن نوعية الحياة تختلف من مجتمع لآخر بالنظر إلى بعدين أساسين:

أولاً : إيديولوجيا النظام الاجتماعي وترتيب أولوياته.

ثانياً: حجم الموارد المتاحة في المجتمع والتي يمكن أن تنساب خلال نوعية الحياة لكي تشبع الحاجات الأساسية للأفراد في إطاره.

ويتبين أن أفراد عينة الدراسة رتبوا الموضوعات المتصلة بنوعية الحياة حسب أهميتها كما يلي: الحي - المنطقة - المسكن - الزواج - الأسرة - الأصدقاء - التعليم - العمل - الرضا المادي - السعي لتحسين وضع الإنسان- راحة الضمير - التربية والإيمان - الترويح والحرية.

ويتبين من البيانات الإحصائية أن المسكن حاز على المرتبة الأولى في الاختيار يليه التعليم ثم الصحة. وتخلص الباحثة إلى أن دراسة نوعية الحياة تعتبر أحد المفاهيم في إحداث التنمية الشاملة في المجتمع، فمن خلال تحسين نوعية الحياة للأفراد في المجتمع، يمكن وضع التنمية الشاملة بمختلف مستوياتها في المجتمع.

الفصل الثالث

تلوث البيئة في المجتمع المصري: رؤية تحليلية لأوراق ندوة المخاطر البيئية (*)

مقدمة

تحظى مشكلات التلوث البيئي في مصر بأهمية بالغة، وقد واكبت هذه المشكلات سياسة التصنيع التي قامت خلال فترة الستينيات والسبعينيات والتي تميزت بالتمركز المكاني الشديد لعدم وجود خريطة صناعية تحدد الأماكن المناسبة لكل صناعة تجنباً للأخطار المحتملة، والسماح بتراخيص البناء في مناطق قريبة وممتدة في اتجاه المصانع، وعدم الالتزام في المصانع المنشأة بالهندسة الوقائية للسيطرة على أية أخطار محتملة، وعدم القدرة على المحافظة على الرقعة الزراعية من آثار التلوث الصناعي. وارتبط غياب الفكر البيئي في عملية التصنيع بالاعتقاد أن محدودية الموارد تجعل من تمويل برامج حماية البيئة عقبة أمام برامج التنمية الاقتصادية مما أدى إلى تجاهل الاعتبارات البيئية عند التخطيط للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. وسارعت مصر بتنظيم التشريعات وسن القوانين لحماية البيئة من التلوث الصناعي، إلا أن تطبيق هذه القوانين كانت تواجهه الصعوبات[1].

وربما كان الاهتمام الشديد بتطوير هذه القوانين والتأكيد على ضرورة تطبيقها في الفترة الأخيرة يرتبط بأن التلوث البيئي أصبح من الموضوعات الخطيرة المطروحة على الساحة والتي لا تحتمل التجاهل أو التأجيل نظرا لما يشكله من تهديد لصحة الإنسان والحيوان والنبات، وما تتحمله الدولة من تكلفة لعلاج أثار هذا التلوث.

(*) كتبت هذا الفصل الدكتورة ابتسام علام.

وفي ظل الاهتمامات البحثية بهذا الموضوع أجريت في الجامعة الأمريكية في نوفمبر 1993 ندوة حول التهديدات البيئية في مصر والتي عكست بوضوح مدى ما حظيت به هذه القضية المحورية من اهتمام في أجندتها البحثية. وقد تم اختيار هذه الدراسات بالتحديد لتكون موضوعا للورقة الحالية، ولكونها دراسات حديثة تتناول التلوث في المجتمع المصري (أحياناً بنظرة غربية)، وعلى مستويات مختلفة: حضر، وريف، وصحراء. وهي تقدم أنماطا مختلفة للتلوث تجمع بين الدراسات النظرية والميدانية، ويركز بعضها على البعد الثقافي للتلوث،وهو يشكل جانبا هاما في تشكيل المشكلة. كذلك تحاول بعض الدراسات تقديم الحلول لتحجيم التلوث أو القضاء على آثاره. وقد عرضت البحوث من منظورات مختلفة أنثروبولوجية وطبية وقانونية واقتصادية وسياسية وبيئية، وهي تمثل سبعة بحوث سيتم عرضها باختصار في هذه الورقة بنظرة نقدية.

1. الناس والتلوث في القاهرة

تهدف دراسة نيكولاس هوبكنز وآخرون إلى تحديد التصورات المتشكلة ثقافياً واجتماعاً لدى الناس عن البيئة والتلوث، وكيفية مواجهة التهديدات البيئية المحيطة بهم. وهي تفترض وجود وعي لدى هؤلاء الناس يوجه أفعالهم، بالإضافة إلى البنية الثقافية والاجتماعية التي ينشأون فيها. وقد أجريت دراسة ميدانية عقب تحليل وسائل الإعلام، وفي سياق الميدان أجريت مقابلات مع مجموعة من الأشخاص ذوي الدرجات الجامعية، في مقابل مجموعة من الأميين، ومن الزمالك والمهندسين والدقي وإمبابة وكفر الدوار، ومن ربات البيوت وسائقي التاكسي. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج تمثلت في أن هناك وعياً لدى الناس بمشكلات البيئة، وهو يتشكل من خلال خبرتهم المباشرة مع هذه المشكلات واحتكاكهم اليومي بها، وأن الخبرات اليومية مصدر هذا الوعي أكثر من وسائل الإعلام أو جهود المنظمات الأهلية. كما تختلف البنية الثقافية والاجتماعية التي تمثل إطاراً لهذا الوعي باختلاف الطبقة الاجتماعية والنوع والسن ومستوى التعليم والمهنة، ويؤدي هذا الوعي إلى الفعل الجمعي للسيطرة على هذه المشكلات.

الجوانب الهامة التي ركزت عليها الدراسة:

أ) البنية الثقافية والاجتماعية للتغيرات البيئية، وهي تمثل بعدا محوريا يحدد كثيرا من التصورات وأشكال السلوك المرتبطة - أحيانا- بإحداث التلوث، وأحيانا أخرى تكون نتيجة له.

ب) ترتبط بالقضية السابقة قضية أخرى، وهي قدرة الناس على التكيف مع نقص الخدمات والمرافق، والأساليب التي يخلقونها للتحايل على ما يحيط بهم من تلوث.

ج) تحليل وسائل الإعلام قدم معالجة ثرية للموضوعات المثارة وأشكال التلوث كما تعرضها الصحف القومية والمعارضة، والمساحة المتاحة للخبر وأيام النشر.

د) المقابلات الجماعية، وهي وسيلة لجمع البيانات تتسم بخصوبتها، فهي تفيد في تشجيع الأشخاص لبعضهم البعض على الحديث في مثل هذه الموضوعات.

أما جوانب القصور في هذه الدراسة فتتمثل في:

أ) اختيار العينة من بعض سكان الدقي والمهندسين والزمالك، وكذلك عينة من طلاب الجامعة الأمريكية وأعضاء النوادي ورجال الأعمال، ليس ممثلاً لرأي الفقراء فيما يرتبط بالبيئة والتلوث. وكان من الأجدى اختيار مناطق أخرى أفقر، وهذا يتم تحديده إحصائياً وليس جزافياً، أو اختيار حي بعينه يعاني من التلوث بدرجات مرتفعة وتناوله بالدراسة.

ب) معظم العينة من سائقي التاكسي، أو أشخاص سائرين في الطريق بالصدفة، أو من الدائرة الشخصية للمعارف لدى الباحثين، وهذا الأسلوب لا يتفق مع هدف الدراسة، لأن العينة هنا ليست ممثلة، وبالتالي فإن النتائج لم تكن محكمة، وتنقصها أحياناً الدقة والموضوعية.

ج) معايير الاختيار للعينة من النساء والرجال والأعمار المختلفة لم تكن واضحة.

د) تحديد النتائج المرتبطة بتصنيف المشكلات البيئية أنها مشكلة قمامة، هواء، مياه، مجارى، نفايات كيميائية، المبيدات الزراعية، نقص النباتات الخضراء، الأوزون، هذا التحديد لا يعكس على - سبيل المثال - الصورة الحقيقة لما تعانيه العشوائيات والعشش في مصر من مشكلات حقيقية (ويؤكد هذا ما يرتبط باختيار العينة من مشكلات).

2. قصة مصنعين [3]

تجسد دراسة خالد كامل حكاية حملة توعية قام بها مركز الرعاية الصحية PHC الذي أقامته جماعة التنمية الصحية والبيئية HED - في حي الوايلي بالقاهرة - وكان هدف الحملة إثارة الوعي بين الناس في الحي بأخطار وجود 26 مصنعا (يتراوح نشاطها بين صهر معادن- نسيج - صاغة - مطاط - عطور) على الصحة. وقد حدد المركز مصنعين فقط (نتيجة للإمكانيات المادية الضعيفة وقلة عدد الباحثين) كلاهما يستخدم تقنيات قديمة، وينتجان كميات كبيرة من أكسيد الرصاص وأكسيد الكبريت الذي ينبعث في الهواء مسببا تسمم الرصاص الذي يشكل خطراً على صحة الأطفال والكبار. إذ يؤدي المستوى المنخفض له إلى تأخير النمو الفيزيقي والعقلي، ويضر بإنتاج خلايا الدم الحمراء، أما المستوى المرتفع له فيؤدي إلى الإضرار بالجهاز العصبي والكلي والجهاز التناسلي. ويؤدي التراكم المستمر للرصاص في الجسم إلى فقدان الشخص لخبرة الربط بين الكلمات وإحراز المهارات. ومحاولة تكوين جماعة ضغط من المقيمين والمتطوعين النشطاء - من سكان الحي لمساعدة الفريق - لدفع الحكومة إلى اتخاذ إجراءات غلق المصنعين.

ويبدأ فريق PHC - بإيمانه في أن الحل الوحيد للتغير يتمثل في التماسك والعمل المنظم داخل المجتمع المحلي- عمله في الوايلي من خلال مجموعة من الأنباء والمعلومات حول ومصادر تلوث الرصاص، وجمع المعلومات حول القوانين التي تحكم عمل المصانع والوضع القانوني للمصنعين. وقد اختلفت استجابات المقمين، فالبعض كان متلهفا للكفاح ضد الرصاص، ولكن عبروا عن خوفهم(*) من تعرضهم

(*) تشكلت هذه المخاوف أيضا لدى أعضاء فريق مركز PHC، من اتخاذ الحكومة بعض

للاعتقال، أو اتخاذ الحكومة إجراءات ضدهم لمشاركتهم في نشاط هذه الجماعة. وعبر البعض الآخر عن الشعور بالضعف بالدعوة للفعل العنيف بتحطيم المصنع بقنبلة على سبيل المثال. وبادرت مجموعة من المحامين بالتطوع لمساعدة الفريق، فاقترحوا عليهم ضرورة وجود دليل مادي يؤكد وجود هذه الأخطار البيئية من المصنعين، ووفقاً لهذا بدأ الفريق في جمع عينات من الدم من المقيمين وأطفالهم للتعرف على دور مصاهر الرصاص في تلوث الغلاف الجوى، وتأثيرات التركيز المرتفع للرصاص الموجود بالجو على مستوى الرصاص في الدم في عامة السكان، وخاصة الأطفال الذين يعيشون بالقرب من المصاهر. وقد تم قياس تركز الرصاص في 30 شخصا 70٪ منهم أطفال، تتراوح أعمارهم بين ثلاثة وخمسة عشر عاما، وعينات ضابطة حوالي خمسة عشر شخصا من أشخاص يعيشون خارج منطقة الوايلي.

وتوصل الفريق إلى أن كثيرا من سكان الحي لديهم الوعي بالأخطار التي يواجهونها، والذي تشكل من خبراتهم الخاصة ومخاوفهم، وهم متلهفون لتغيير الظروف المحيطة بهم. كما اكتشفوا وجود شك كبير لدي المقيمين بالحي في ملاك المصانع، حيث يفتخر الملاك برشوة عديد من الناس لمنع إغلاق المصانع(*). وينشرون بين سكان الحي إحساسا بأن الحكومة لا تأخذ الحكومة المسألة بجدية، وتفشل في اتخاذ الجهود التي تضمن تنفيذ القرارات وغلق المصانع.

أما بالنسبة لتحليل عينات الدم ، فقد توصلت الدراسة إلى أن تركز ذرات الرصاص المنفصلة في الهواء بالوايلي مرتفعة جدا حوالي ثلاثة أضعاف أعلى من تلك التي في الدقي والمعادي (تصل النسبة في الدقي 316 والمعادي 231,6 بالمقارنة بالوايلي

الإجراءات ضدهم (إلا أن هذا لم يحدث). ورغم ذلك صمد أعضاء الفريق أمام كثير من الصعوبات التي تمثلت في محاولة ملاك المصنعين رشوة بعض المقيمين لتقديم= =شكوى ضد نشاط الفريق وأنهم ينشرون الذعر وسط السكان بجمع عينات دم. بالإضافة للتهديدات التي تعرضت لها الباحثة القائمة بدراسة العينات، لتحقيق أهدافهم وغلق المصنعين الذي تحقق في النهاية.

(*) وباستخدام هذا الأسلوب بررت الشرطة المحلية رفضها تنفيذ الأحكام القضائية بالغلق ضد المصنعين بدعوى أن عدد العاملين يبلغ 400 عامل يمثل طردهم تهديدا كبيرا للأمن، بينما اتضح للفريق أن إجمالي عدد العاملين في المصنعين لا يتجاوز عشرين عاملا.

911,6)، وأيضا 50 مرة بالنسبة لمستوى الرصاص في الهواء بالمقارنة بالمملكة المتحدة (ففي الوايلي تصل نسبة التركز 911,6 بينما في لندن 96).

ومن النقاط الهامة التي أشارت إليها الدراسة:

أ. تركيز جهود الفريق في حي فقير واحد، هو حي الوايلي لتوعية السكان بالإخطار الصحية المصاحبة لوجود مصانع بالمنطقة، والاقتصار على مصنعين فقط لحشد جهود السكان المقيمين ضدهما لتكوين جماعة ضغط لغلقهما.

ب. إجراء مقابلات مع المقيمين النشطاء من سكان الحي، والتي كشفت كثيرا من الجهود لتقديم الشكاوي للسلطات المحلية، والإحباطات التي واجهوها، والشكوك التي تكونت لديهم.

ج. المقابلة مع مدير مصنع البيبسي كولا بالحي، والتي جسدت مدى ما تتعرض له المنتجات من تلوث، وتعكس استجاباته وجود ملوثات إضافية تتمثل في الكيمائيات التي يستخدمونها في غسيل زجاجات البيبسي كولا لإزالة آثار غبار الرصاص المتولد من المصانع المجاورة.

د. الإشارة إلى مدى التضليل الذي تمارسه المصانع باستخدام الرشوة، إما للحصول على شهادة تفيد بوجود فلاتر تقلل من تلوث الرصاص بنسبة 80٪، أو لمنع الإغلاق.

ه. الاعتماد على أسلوب جمع عينات الدم للحصول على دليل ملموس بوجود التلوث من المصانع، وهو يكشف بدقة مدى تركز الرصاص بالدم بما لا يدع مجالا للشك أو الأقوال الزائفة بأن المصانع لا تمثل ضررا يذكر.

و. السرعة في إنجاز تحليل عينات الدم قبل محاولات ملاك المصنعين لإيقاف إجراء أو نشر نتائج هذه الدراسة.

ز. تعبئة الرأي العام لتجميع مزيد من الأصوات المعارضة ضد المصنعين والمطالبة بضرورة إغلاقهما.

ح. تجسيد مدى الارتباط بين الظروف الاقتصادية للمجتمع الأكبر، وما تعانيه الأحياء الفقيرة من أزمة على كافة المستويات.

أما أوجه القصور في هذه الدراسة فتتمثل في:

أ. الاستناد إلى الدراسة الطبية فقط، دون الاستناد بالمثل إلى الدراسة الاجتماعية التي تكمل هذا الجانب وتزيده نضجاً.

ب. التوصل إلى بعض المعلومات البسيطة التي تم جمعها من مقابلات سطحية مع بعض النشطاء بالحي، دون استنادها إلى أسس علمية كان يمكن أن تعمق المقابلات وتؤدي إلى بيانات أكثر كثافة.

3. مشروع الطاقة الشمسية ودعم تطوير المجتمع المحلي[4]

تحاول هذه الدراسة وصف تطوير القرى باستخدام التكنولوجيا الحديثة- خاصة تكنولوجيا الطاقة - لخلق مشروعات تعمل على زيادة دخل وإنتاج الأسر الريفية، وتحسين البيئة وظروف المعيشة لفقراء الريف. وتنطلق من فكرة ضرورة ارتباط التنمية الاقتصادية بأنساق القيم لدى المستفيدين من هذه التنمية. وأن التنمية الريفية يجب أن تبدأ بإشراك الناس في تحديد وتخطيط وتنفيذ التنمية لمجتمعهم. وتستند سياسة التنمية هنا إلى الحوار المباشر الذي يسهم في إثارة الروح الابتكارية التي تنطوي على الوعي بالمشكلات والاحتياجات الأساسية الريفية والحلول المطروحة لها على المستوى المحلي.

وقد تم اختيار قرية البسايسة لتطبيق مشروع التطوير والتنمية بهذا الأسلوب، وهي تمثل مجتمعا قرويا صغيرا يقع شمال غرب الزقازيق. وتمثل الزراعة التقليدية نمط الإنتاج المسيطر، ويبلغ إجمالي عدد السكان 320 نسمة يشكلون 62 أسرة يتجمعون في 45 منزلاً. ويبلغ زمام القرية 80 فداناً.

اشترك في رعاية هذا المشروع المتكامل لتطوير القرية معهد الطاقة الشمسية في نيومكسيكو والجامعة الأمريكية بالقاهرة من الولايات المتحدة، وقد أجريت زيارات وحوارات مفتوحة مع سكان القرية وأشخاص من المهتمين بالمجتمع المحلي. ويتم تشجيع القرويين خلال هذا الحوار لرفع أصواتهم والتعبير عن تصوراتهم فيها يرتبط باحتياجاتهم، وبهذا يصبح أهالي القرية مبادرين وديناميين لتحقيق تغيرهم. ومن الأسئلة التي تمت إثارتها مع أهالي القرية ما يرتبط بالاحتياجات الحقيقية لهم، وهل

يدركها غيرهم، وما الذي يحتاجونه لصياغة أفكارهم، وما المعلومات الضرورية لتنفيذها، والاختيارات المتاحة، ومن المستفيد، ومن يرغب في تحمل المسئولية؟ ومن الأنشطة الخاصة بالمشروع تلك التي تنطوي على بعض التكنولوجيات، ومنها الطاقة القابلة للتجديد (التسخين بالطاقة الشمسية، الأفران الشمسية، الكهرباء الشمسية، طواحين الهواء)، بالإضافة إلى استخدام البيوجاز الذي يمد بوقود نظيف وملائم للطهي والإنارة والقوة المحركة لمضخات الماء وتوليد الكهرباء، واستخدام الغاز للإفادة من الفضلات العضوية كسماد بما يجعله ذا خصائص أكثر إفادة للمزروعات. وقد اتضح من ذلك مدى ما أسهم به المشروع في خلق مجتمع مختلف، وإدخال تكنولوجيات حديثة، وخاصة المرتبطة بالطاقة التي يمكن تجديدها، وتعبئة السكان للمشاركة في التنمية، وتحقيق عديد من الاحتياجات للقرويين، وتخفيف العبء الخطير للبطالة وسط شباب الخريجين في منطقة البسايسة.

ومن النقاط التي ركزت عليها هذه الدراسة:

أ. انطلاق الدراسة من فكرة هامة حول ضرورة مشاركة الناس في تحقيق التطوير والتنمية لمجتمعهم، ومراعاة قيم المجتمع المحلي عند القيام بمحاولة تطويره.

ب. التركيز على دراسة مجتمع محلي ريفي صغير ينقصه كثير من الخدمات والمرافق، وذلك في محاولة لتحسين تلك البيئة الريفية.

ج. الاعتماد على المناقشات الجماعية والفردية مع المقيمين بالقرية، والملاحظة المشاركة والمقابلات للتعرف على مدى وعي سكان القرية بالمشكلات الريفية، والابتكارات التي يقدمونها لحل تلك المشكلات على المستوى المحلي.

د. اختيار قرية لم يشارك سكانها في التنمية على أي مستوى، ومحاولة تطبيق المشروع وتنفيذ فكرة المشاركة والابتكار عليهم.

ه. الإشارة إلى التلوث من استخدام الطاقة التقليدية السائدة في الحياة الريفية، وأنها تنشأ من احتراق فضلات المحاصيل والروث والكيروسين، مما يشكل تهديدا للبيئة والصحة.

أما الجوانب السلبية في هذه الدراسة:

أ) عدم التحديد الإحصائي لمبررات اختيار قرية البسايسة وتفضيلها لتطبيق المشروع بالمقارنة بالقرى الأخرى.

ب) التركيز على بعض أنماط التلوث، مثل تلوث الهواء، والحلول التي تم تطويرها للتغلب عليه، دون الإشارة إلى أنماط أخرى، مثل تلوث الماء والتربة وغيرها من الأنماط وثيقة الصلة بالحياة في الريف، وكيفية استخدام التكنولوجيا الحديثة في علاجها.

4. الحوافز الاقتصادية للإدارة البيئية(*)

تتناول هذه الدراسة المسحية- للباحث وليد جمال الدين - الوسائل الحديثة للحوافز الاقتصادية التي يستخدمها صانعو السياسة في إدارة البيئة.

ويوجد في قانون البيئة الجديد لعام 1994 تدبير يفوض لجهاز شئون البيئة تصميم برنامج للحوافز الاقتصادية، ويرجع هذا إلى إدراك الفوائد المحتملة لتطبيق تلك الحوافز فيما يتعلق بالحد من المشكلات البيئية.

ويختلف هذا الاتجاه عن اتجاهات سابقة كانت تستند إلى الحظر والأوامر الصارمة. ويهدف اتجاه الحوافز إلى التطوير البيئي بأسلوب مرن ومنخفض التكلفة، مع مراعاة عدم الاحتكام إلى مصلحة الجماعات (التي يتم تنظيمها) في حماية البيئة لما لهذا من تأثير قليل عليها، ولكن إلى رغبتها في زيادة أرباحها الاقتصادية إلى أقصى حد. وتكشف الدراسة المزايا والمعوقات الخاصة بهذه الحوافر والتطبيقات المحتملة لكل منها. ففيما يتعلق بالضرائب البيئية، يتم فرضها على المدخلات أو المخرجات التي ترتبط بالنتائج السلبية، مما يؤدي إلى أقل استهلاك للمواد الضارة. وتعتبر هذه الضرائب مصدرا هاما للدخل يمكن إعادة استخدامه في الأنشطة المفيدة بيئياً. ومن أمثلة ذلك تلك الضرائب المفروضة على البنزين الرصاص (الأقل ضرراً). من عيوب

(*) الحوافز الاقتصادية: تعنى الضرائب المختلفة التي يتم فرضها على الأنشطة الملوثة، والتي تؤدي زيادتها إلى تشجيع الملوثين على خفض إسهامهم في إحداث التلوث.

هذا الأسلوب أن بنود الضرائب يمكن استخدامها بشكل أكثر أو أقل بالنسبة للناس ذوي مستويات الدخل المختلفة، مما ينطوي على احتمالية الظلم. بالإضافة إلى أن الضرائب التي يتم جمعها لغرض معين لا يوجد ضمان بأنها سوف توجه لنفس الغرض.

أما الإعانات المالية: وهي تحقق بعض الأهداف، مثل خفض تكلفة الوقود والغذاء للفقراء من السكان. وتتخذ عدة أشكال: منها الهبات أو المنح: ويمكن منح الأولى لتشجيع البحث الذي يهدف حل المشكلات البيئية أو أي نشاط بيئي أخر. واستخدام المنح لتمويل شراء تكنولوجيا أفضل للشركات الصناعية، والقروض المريحة: لحث مستوى أعلى للمشاركة في الأنشطة المفيدة بيئيا، مثل شراء آلية تستند إلى تكنولوجيا أفضل، ومنها الاعتمادات الضريبية: يمكن تقديمها كائتمان أو اقتطاعات للمنتجين لتجهيزات الطاقة الشمسية على سبيل المثال. وخفض تعريفة الرسوم الجمركية: بخفض تعريفة الاستيراد على تجهيزات خفض التلوث مما يشجع على استيرادها. أما الإعانات المالية فهي سلاح ذو حدين، فهي وسائل فعالة، وأيضا يمكن إساءة استخدامها من المستفيدين بها. أما برامج التأمين، وإعادة النقود: فيتم تطبيقها على المنتجات أو الصناديق التي يمكن إعادة استخدامها إذا تمت إعادتها، وخاصة أن المستهلكين إذا تم حثهم بأنهم سيدفعون ضريبة إضافية وهم على وشك الشراء، حتى يعيدوا الأوعية الفارغة، سيسارعون بإعادتها. وترتفع معدلات استعادة المنتجات والأوعية مع الارتفاع في قيمة التأمين عليها. ويطبق هذا على الأوعية القوية التي يمكن إعادة جمعها واستخدامها، ومن ذلك أوعية مبيدات الذباب على سبيل المثال- برامج كفالة التأمين للأداء- وإعادة الدورة: وهي مماثلة للأداة السابقة، وإن كان الاختلاف في أن أوعية المنتجات التي تعاد دورتها يتم جمعها ومزجها وتفكيكها إلى مادة خام يعاد تصنيعها. أما في برنامج إعادة الاستخدام فيتم غسل الأوعية المجموعة وإعادة ملئها. وينطبق عليها كفالة تأمين الأداء البيئي: وطبق هذا الإجراء في البداية في الولايات المتحدة من خلال قانون ضبط التعدين السطحي، وتأمين الأداء هنا لضمان إعادة أراضي التعدين الحوافر حالتها الأصلية عندما تنتهي عمليات التعدين، وفي حالة فشل

عامل المنجم في الإصلاح اللائق لأرض المنجم يصبح إلزامياً تغريمه، على أن يستخدم مبلغ الغرامة لأداء الأنشطة الضرورية للإصلاح. ومن هذه الأشكال أيضا ضريبة الانتفاع: وهي مألوفة وبسيطة وفعالة، مثل رسوم المحميات الطبيعة، ويتم تطبيقها لجمع رسوم من مناطق المصائد لحماية الأنواع التي تتعرض للخطر. تأمين المسئولية القانونية ويجري تطبيقها على المشاركة في أنشطة ضارة، حيث سياسة التأمين تكون مرادفة لتكلفة إصلاح الضرر، ومثال ذلك شاحنات البترول التي تستخدم هذه السياسة للتأمين لتغطية التكلفة التي تنشأ نتيجة تناثر البترول. ضرائب الانبعاث: تدفعها المصانع والمباني الصناعية لكل وحدة انبعاث في شكل نفايات ماء أو هواء منها، وذلك لتشجيعهم على خفض تكلفتهم بتقليل ما يطلقونه، وتطبق في أوروبا، ومما يعوقها أنها تستلزم تجهيزات وقوة بشرية لمراقبة نوعية وكمية ما يتم إطلاقه من نفايات. أما الانبعاث المسموح به لما هو قابل للتصنيع: ويتم تحديد المقدار الإجمالي للتلوث المسموح به الذي يتم إطلاقه في منطقة جغرافية معينة. فكل إذن يتم الحصول عليه يمثل الحق في إصدار وحدة تلوث، ويمكن بيع هذه التصريحات غير المستخدمة لشركات أخرى تستلزم أكثر من حصتها الأولية. القيمة المتدرجة أو المتصاعدة: تعتمد على وضع سعر صاعد بشكل تناسبي لمستوى الاستهلاك المنتظم للسلعة، وهي توضع للانتفاع بالكهرباء والماء، وتعتبر ناجحة في ترشيد استهلاك الكهرباء.

وقد توصلت الدراسة إلى أن اتجاه الحوافز الاقتصادية يسمح للملوثين باختيار إجراءات خفض التلوث الأفضل ملاءمة لظروفهم الخاصة ونمط النشاط الاقتصادي. وتوجد علاقة تبادلية بين الربح وتحسين النوعية البيئية، فالتكنولوجيا الأفضل تؤدي إلى نوعية بيئية أفضل، وبالتالي سوف تجعل التكلفة الممكنة منخفضة.

ومن الجوانب الهامة التي ركزت عليها هذه الدراسة:

أ. الكشف عن حلول مختلفة لتلوث البيئة، والتي تتمحور في مجملها حول فكرة فرض أشكال مختلفة من الضرائب على الملوثين في مجال الصناعة والتعدين ومجالات أخرى بها احتمالية إحداث التلوث لتقليل أو منع هذا التلوث.

ب. الدراسة المسحية لكافة الوسائل المرتبطة بالحوافز الاقتصادية، ومزايا وعيوب كل وسيلة.

ج. أهمية أسلوب الحوافز الاقتصادية في إدارة البيئة بأسلوب مرن وتكلفة منخفضة.

د. ضرورة الإفادة من هذا الأسلوب بوسائله المختلفة في الدول النامية - ومنها مصر- بما يتفق وطبيعة هذه المجتمعات، ونوعية المسائل البيئية التي يتم التطبيق عليها.

ه. أنها محاولة لتحقيق المعادلة الصعبة بين إنجاز التنمية الاقتصادية والمحافظة على نوعية البيئة وتحسينها.

أما الجوانب السلبية في هذه الدراسة فهي:

أ. عدم التحديد لأي من هذه الوسائل تلك تناسب وتلائم ظروف المجتمعات النامية، وما يمكن التنبؤ به من مزايا وعيوب تطبيق كل وسيلة في هذه المجتمعات.

ب. عدم تقديم اقتراحات لكيفية التغلب على سلبيات هذه الوسائل المرتبطة بالحوافز الاقتصادية.

5. السياسات الموجهة للقانون البيئي الجديد في مصر (6)

تحلل سلوى شعراوي جمعه في هذه الدراسة الصراعات السياسية حول إقرار القانون البيئي لعام 1994، والعوامل التي أدت إلى بداية القانون، والجدل البرلماني الدائر حوله، وكيفية صناعة القرار. وترجع أهمية القانون إلى أن السياسات البيئية الفعالة لا يمكن تنفيذها بدون وجود إطار قانوني قوى يضفي الشرعية على القرارات التي تتخذها

الدولة في هذا المجال، وينظم استخدام البيئة، ويؤثر على الأسلوب الذي يسلك به الناس، ويساعد في حظر أو تنفيذ أنشطة معينة. ويساعد في منح السلطات المصداقية في عيون المانحين الأجانب، مع الحاجة إلى تعزيز قوة جهاز شئون البيئة، وتمييز خطوط سلطته في مواجهة الوزارات الأخرى، وإنجاز مسئوليته في سياق الحماية البيئية.

ويعكس الجدل في مجلس الشعب حول هذا القانون صراع المصالح بين القطاعات البيروقراطية المختلفة للحكومة المصرية. ويتركز هذا الصراع حول إجراءات ومحتوى ونوع القانون، لأنه يمس مصالح واهتمامات وزارات عديدة في الحكومة. فقيما يتعلق بالإجراءات، يعكس الصراع بين اللجان البرلمانية درجة معينة لتصوراتهم للمسألة. بينما شكلت لجنة الصحة رابطة بين الصحة والبيئة، فإن لجان الصناعة والطاقة والزراعة نظرت لمسودة القانون في ضوء نطاق اهتمامها. أما ما يرتبط بمحتوى القانون، فقد تناول الجدل أن المشكلة في مصر تكمن في نقص القدرة المالية لتنفيذ القوانين، والتساؤل ما إذا كانت القوانين يتم تنفيذها على المواطنين الفقراء فقط وليس على جماعات المصلحة القوية وممثلي الحكومة. وقد تضمنت مسودة القانون في البداية المطالبة بالسجن كعقاب لمنع التلوث. إلا أن الأعضاء في كل من وزارتي البترول والزراعة رفضوا الفكرة بقوة. كما دار الجدل حول هيئة البيئة والسلطة الممنوحة لها. وكان القانون في البداية يطالب بخلق هيئة بيئية مركزية قوية في ظل رئيس الوزراء. وقد تم رفض فكرة الهيئة المركزية وتغيير اسمها إلى جهاز الحماية البيئية، وبهذا فإن الهيئة لا تكون في ظل رئيس الوزراء، ولكن في ظل وزير التنمية الإدارية والشئون البيئية. وفي النهاية تمت إعادة الاسم القديم "جهاز الشئون البيئية" ورغم سطحية الجدل حول اسم الجهاز فإنه يعكس الخوف من جانب بعض الأعضاء، خاصة الذين يمثلون الصناعة والبترول والسياحة من زيادة سلطة الهيئة وتدخلها في مجالات عملهم، بالإضافة إلى الجدل حول ما إذا كان يجب منح الهيئة سلطة تنفيذية وتنسيقيه، مما يجيز لها إعداد تقرير سنوي يقدم لرئيس الجمهورية، ومجلس الوزراء ومجلس الشعب، مما يزيد من قوتها في مواجهة أعضاء الوزارات الأخرى. فهذا التقرير يمكن أن يكشف انتهاكات الوزارات في العلاقة بالبيئة. ويمس دور الهيئة في تقييم التأثيرات البيئية التضاد العميق بين الحماية البيئية والتنمية الاقتصادية. وقد حاولت الجمعيات غير الحكومية المؤيدة لحماية البيئة تعبئة جهودها، واستخلصت بياناً طالبت فيه

الرئيس مبارك بضمان دعمه للقانون البيئي، ومطالب مجلس الشعب والحكومة بالإسراع في إقرار القانون، وإن تأخير إصداره يمثل ضرراً لمصداقية الحكومة المصرية التي وعدت بحماية البيئة. وقد توصلت الدراسة إلى أن عملية صناعة القرار تعكس نقص التنسيق بين الهيئات الحكومية والوزارات، وأن تأخير إصدار القانون يعبر عن المصالح الوزارية المتنافسة. كما يعكس الجدل داخل مجلس الشعب واحدة من الخصائص الأساسية للنسق السياسي المصري، وهي سيطرة السلطة التنفيذية على التشريعية.

وقد ركزت الدراسة على بعض الجوانب الهامة، ومنها:

أ. الإشارة إلى الصراعات السياسية الموجهة لاتخاذ القرار بإقرار القانون البيئي الجديد.

ب. مدى أهمية وجود إجراءات قانونية لمنع التلوث.

ج. إن القوانين القديمة لحماية البيئة والتي يرجع تاريخها لعام 1940 كانت تسمح بكثير من الثغرات، لعدم تناولها كافة الجوانب البيئية، وعدم مراعاة التغير الذي حدث فيما يرتبط بالأنشطة التنموية.

د. نقص القدرة المادية لتنفيذ القوانين في نصر يجعلها تخضع لتأثير المانحين الأجانب فيما يرتبط بالسياسة البيئية.

أما الجوانب السلبية في هذه الدراسة فتتمثل في:

أ. لم تتناول الدراسة بنود القانون البيئي الجديد بالتقييم والنقد لتركيزها على الجدل الدائر حول إقرار القانون في حد ذاته.

ب. لم تلق الضوء على مدى ما يسهم به القانون بالنسبة لجهاز شئون البيئة في زيادة كفاءته في أداء دوره وتمكينه من مواجهة بعض المشكلات البيئية، كما حدث في حي الوايلي حينما فشل الجهاز في التفاعل مع مشكلة تلوث الرصاص بالحي.

6. التراث الثقافي للبيئة: صيانة منطقة في الحزام التاريخي بالقاهرة[7]

تتناول هذه الدراسة لجون رودنيك أهمية صيانة الآثار والمناطق التاريخية التي تمثل تراثا ثقافيا أيكولوجيا. وإذا كان زلزال أكتوبر مسئولا عن بعض الدمار الذي حدث في المنطقة التاريخية بمدينة القاهرة، حيث تركز معظم الضرر في شارع الصليبة

الذي قرر أحد الخبراء الدوليين أنه يصطف بأبنية القرون الوسطى، وهي غير آمنة، وخاصة أن الشارع وامتداداته أصبح الشريان الرئيسي لحركة المرور الثقيل (من الأتوبيسات واللوريات نهارا وليلا). بالإضافة إلى دور المياه الجوفية في تدهور المنطقة التاريخية، والذي توصلت إليه بعض الدراسات التي أجريت عن فاقد المياه، فقد اكتشف أن مستويات المياه الجوفية في المنطقة التاريخية مرتفعة لمترات عديد أعلى من النيل. وقد نشأ هذا عن خلل في توزيع المياه وشبكة المجارى. فمعظم هذه الآثار تحتاج إلى ترميم شامل، لأنها على حافة الانهيار، وفي حالة سيئة، ومن أمثلتها مئذنة الأمير حسن في باب الخلق، ومنزل زينب خاتون خلف الأزهر، ومسجد أمير قاني بيه. وقد حدث في عام 1988 تدخل من وزار الثقافة في شئون منظمة الآثار المصرية القديمة، فقيدت استقلالها، وأشرفت على الدخل الإجمالي لها، فأمدتها بميزانية للترميم خفضت من نفقتها السنوية. وفي عام 1990 انهارت مئذنة مسجد الأمير قاني بيه فوق امرأة وطفل قتلتهما. وقد صرح مستشار الآثار المصرية القديمة أن سبب الانهيار الإهمال وعدم اتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهة الضرر الذي حدث نتيجة المياه الجوفية وخلل شبكة المجارى.

وتقع مسئولية الشوارع على هيئتين منفصلتين أو أكثر، فالمحافظ مسئول عن بنية الشارع والبنية التحتية التي تتضمن الكهرباء وتوزيع الماء وشبكة المجارى، بالإضافة إلى توجيه حركة المرور، ومنظمة الآثار المصرية للعصور القديمة مسئولة عن صيانة الأبنية القديمة، ووزارة الأوقاف مسئولة عن الأبنية الدينية، ووزارة السياحة بالإضافة إلى الهيئات المهتمة بالبيئة ووزارة التنمية، فلا توجد هيئة تنفرد طول الوقت بالسلطة أو السيطرة أو التوجيه للترميم والإصلاح والصيانة للمحافظة على المنطقة التاريخية.

وتوجد اتجاهات مختلفة تجاه الآثار والأبنية الأثرية، إما بهدم الأبنية القديمة وإنشاء الأبنية الحديثة، أو هدم كل شيء، وعزل الآثار القديمة كالتحف المعمارية والتماثيل في مبنى حديث، أو ترك الأبنية القديمة والعمل على إنشاء شوارع جديدة واسعة متصلة أو مستقيمة، وبالتالي يدمر البيئة السابقة، كما في عهد محمد علي الذي عمل على توسيع شارع الموسكي، وفي ظل فؤاد حدثت أسوأ كارثة في المنطقة التاريخية بشق طريق شارع الأزهر خلال قلب القاهرة، أو تخطيط المدنية بحيث تنقسم

إلى مدينة غربية وأخرى شرقية تأثراً بحياة المستعمرات. وهـذا لا يفيـد في إعـادة دمـج المنطقة التاريخية في الميتروبوليس المعاصر، بل يعزز اغترابها عن بـاقي المدينـة. ويـدعو الباحث في نهاية هذه الدراسة السائحين الذين يودون الاستمتاع برؤيـة آثـار العـصور الوسطى في القاهرة أن يسرعوا قبل انهيارها.

وتركز هذه الدراسة على بعض الجوانب الهامة التي يمكن التوصل إليها:

أ. معالجة نمط تلوث الآثار الذي لا يتم تناوله كثيرا، فهنـاك عديـد مـن الآثـار الفرعونية والإسلامية والقبطية التي تعرضت للملوثـات المختلفـة، مـن تلـوث الهواء (خاصة بأكاسيد الكبريت والأمطار الحمضية الناتجة مـن تفاعـل أكاسـيد الكبريت مع بخار الماء) ، ممـا أدى إلى إحـداث أضـرار كـثيرة بالمبـاني، والآثـار المشيدة من الحجر الجيري أو الرخام سهلة التفاعل مـع هـذه المركبـات، ومثـال هذا أبو الهول في مصر، وكذلك حدوث تلف المواد الأثرية داخل المتاحف مـن الجلد والورق والمخطوطات والمحتويات المكتبية وتآكل القطع الأثرية من الحديد والنحاس والبرونز والفضة، وما تتعرض له المناطق الأثرية في القاهرة من ميـاه الرشح والنشع والصرف الصحي لتصل إلى حد الخطـر نتيجـة لحركـة الميـاه إلى أعلى وأسفل مما يؤدي إلى غسل المواد الموجودة على الجدران وتفتتها، وظهـور قـشور منفـصلة وتـشققات غـير منتظمـة، وتتبلـور الأمـلاح ويـزداد ضـررها باختلاطها بمياه الصرف الصحي التي تحتوي على كثير من الأحماض، مما يـؤدي إلى تلف الآثار وتـشوهها وسـقوطها. كمـا أدت مـصانع حلـوان إلى الإضـرار بالأهرام وأبي الهول(8).

ب. يمكن استخلاص مدى ما يمثله تلوث الآثار من تلوث بـصري وتلـوث جمـالي وفني للإضرار بالتراث الثقافي والحضاري للمجتمع، بالإضافة إلى مدى الضرر الذي يصيب الدخل القومي لتأثير ذلك على السياحة.

ج. أهمية صيانة الآثار وضرورة اتخاذ الإجراءات الكفيلة بحمايتهـا، والإفـادة مـن التكنولوجيا الحديث لتحقيق هذا الهدف.

ومن الجوانب السلبية المرتبطة بهذه الدراسة:

أ. النظرة التشاؤمية الساخرة التي انتهت بها، والتي تنطوي إلى حد ما على قدر من التحيز (الذي يعبر عن نظرة الغرب للشرق).

7. التنمية المستدامة بين السياسات العامة[9]

تشير دراسة حسني اللقاني إلى كيفية تحقيق التنمية المتواصلة عن طريق التنمية المستدامة، حيث يستطيع صناع السياسة تجنب بعض الأخطاء في المستقبل بفهمهم لسياسات التنمية البديلة، واختيار الاستراتيجيات الأفضل بزيادة الرفاهية مع الحد الأدنى من التدهور البيئي، وبهذا لا تؤدي رفاهية بعض الناس إلى تأثير ضار على رفاهية آخرين، بل تكون الرفاهية لجميع السكان.

وهناك مجموعة من الأبعاد الهامة التي تمثل سياقا للتنمية، ويجب تحليل مدى إسهامها، والدور الذي تقوم به قبل صناعة القرار فيما يرتبط بالنشاط التنموي وقدرته على تحقيق التنمية المستدامة، ومن هذه الأبعاد الموارد المتاحة والتكنولوجيا والمؤسسات والمخرجات المرغوبة والنطاق (المدى، الكثافة، الدوام)، وتوقيت النشاط في علاقته بالأنشطة الأخرى. بالإضافة إلى الاهتمام بالسياسة البيئية والمرغوبة في التغيير الفيزيقي/ البيولوجي وإسهامه في التنمية، فمشروعات التنمية وحدها لا تكفي لتحقيق الرفاهية. ويعرض الباحث مثالا عن كيفية تعزيز سياسات التنمية عن طريق مركز تنمية الصحراء الذي تبنى هذا المفهوم للتنمية. وكانت أهدافه تحقيق الإنتاجية الأفضل مع الحد الأدنى من التأثيرات على الأنساق الاقتصادية الطبيعية للصحراء، بالإضافة إلى استغلال موارد الطاقة المحلية التي يمكن تجديدها، (دون أن تصل للنضوب)، ومحاولة التغلب على قيود زراعة الصحراء، والتي تتمثل في البيئة الطبيعية القاسية من مناخ وتربة فقيرة وري محدود وماء وموارد طاقة مرتفعة التكلفة، وعدم الاستناد إلى الوسائل التقليدية في الزراعة، والتي كانت تعتمد على نقل الطمي من دلتا النيل والوادي لأرض الصحراء، لكي يتم تحسين الخصائص الطبيعية والكيميائية لتربتها الرملية، وبالتالي يتم الحصول سريعا على أفضل محصول، بينما يترتب على

هذا حرمان الأرض القديمة من التربة الخصبة، في حين أن الطمي سريعا ما يتبدد داخل الذرات الرملية.

ويستند برنامج المركز لتعزيز القدرة على زراعة الصحراء بزراعة الأشجار الوقائية، وهو شرط أساسي للحماية من المناخ القاسي للصحراء، وحماية المشروعات والتربة من الرياح والتعرية، وتحسين إنتاجية التربة الرملية بتحسين الخصائص الكيميائية والطبيعية بزراعة نباتات المحاصيل البقولية، وهي مفيدة لتركيب التربة، وإن كانت تأخذ وقتا طويلا.

أنواع المحاصيل الملائمة ودوران المحاصيل

تعزيز إنتاجية التربة يتحقق بنمو محاصيل معينة، وتبني دوران معين لها- إدارة الماء الذي يمثل أكبر تكلفة في الصحراء - ونمو محاصيل تستلزم ماء قليلاً يقترن باستخدام أنساق للري تدخر المياه (بالرش أو التنقيط وخاصة التقطير). الأسمدة العضوية والكيميائية، فرغم التأثيرات السلبية لها، فإن هناك استحالة لتقديم إنتاجية كافية للمحاصيل في التربة الرملية بدون إضافة مخصبات كيميائية، ولكن يتم تحجيم استخدامها دون الإفراط، كما أن تزايد أسعارها سوف يساعد على ترشيد استخدامها. وهناك اتجاهات أخرى، ومنها استخدام سماد الزرائب، فهو يحسن خصائص التربة ويغذيها.

إنتاج المواشي وهو عنصر مكمل لتعزيز زراعة الصحراء، فبالإضافة إلى عائداته الاقتصادية من اللحوم والألبان، فالمواشي تغذى الزراعة بالسماد. التعامل مع الأوبئة أو الحشرات الضارة، حيث توجد أنواع متعددة من الفطريات والأمراض البكتيرية والفيروسية والحشرات والأعشاب الضارة، مما يستلزم استخدام مبيدات حشرية وأخرى للأعشاب الضارة، ولكن يتم ترشيد استخدامها أيضاً إزالة الأعشاب الضارة يدوياً.

التقييم الاجتماعي- الاقتصادي يتضمن بيانات عن التجربة، يتم تحليلها في ضوء التطوير البيولوجي (إنتاجية المحاصيل، التربة، أداء الحيوان)، كما أن الملاءمة الاقتصادية والقبول الاجتماعي، تمثل خطوطا موجهة لصانعي السياسة والمزارعين.

نشر المعلومات من خلال سيمنارات وورش عمل ومحاضرات للتدريب، وإيضاح أنه يعتمد على فريق بشكل متبادل. وتكشف المسوح أن أكثر مزارعي الصحراء جاءوا من دلتا النيل والوادي، حيث تسود أنماط الزراعة المكثفة. ويستندون إلى الخبرات التي اكتسبوها بالمركز، ويطورون النسق الذي ينفذونه من خلال إدخال محاصيل جديدة ودورة محاصيل وإدارة الماء والمواشي والسيطرة على الحشرات والأعشاب الضارة. كما تتضح لنا أهمية تجنب التنمية التي لا تستطيع المحافظة على استمراريتها. كذلك فإن التخطيط من أجل التنمية المستدامة يتسم بالمرونة والاستجابة للاحتياجات أو البنية أو التصميم المتغيرين، إن توافق الخطط يهدف للانسجام بين الاستراتيجيات المختلفة لتحقيق الأنشطة.

ومن النقاط الهامة التي ركزت عليها الدراسة

أ. كيفية تحقيق التنمية المستدامة دون الإضرار بالبيئة.

ب. تقديم مجموعة متكاملة من الوسائل المختلفة لتحقيق التنمية المتواصلة والإفادة منها في زراعة الصحراء.

ج. ضرورة مراعاة الثقافة وأنساق القيم في المجتمع المحلي الذي تتم تنميته لكي يمكن فهم ما تعنيه القدرة على تعزيز التنمية.

ومن سلبيات هذه الدراسة:

أ. عدم الإشارة إلى الإسهامات الفعلية لهذا الأسلوب للتنمية فيما يتعلق بالحد من ملوثات البيئة إذا كان تم تطبيقه في المدن الجديدة.

خاتمة

تناولت الورقة الحالية مجموعة من الدراسات التي عالجت موضوع التلوث من أبعاد مختلفة، بعضها اجتماعي، والآخر قانوني وتاريخي. بل قدم بعضها الحلول لخفض التلوث بفرض الضرائب على الملوثين للبيئة تحت مسميات مختلفة وبدرجات متفاوتة حسب نوع ومقدار التلوث.

وبوسعنا أن نؤكد في نهاية هذه الورقة على أن المعضلة التي تواجهنا هي كيفية تحقيق الإشباع لاحتياجاتنا الحاضرة دون الإضرار بمستقبل الأجيال التالية. إن أية محاولة لتحقيق التنمية لابد أن تواجه عقبات مختلفة بندرة الموارد، سواء المادية أو البشرية، أو قابلية الموارد الأولى للنضوب، أو عدم توافر الوعي اللازم لدى الموارد الثانية. ويرتبط هذا بفكرة إجهاد البيئة والتهديد المستمر لها بحدوث التلوث. وبالتالي فإن أية محاولة للقضاء على التلوث، أو خفضه يجب أن تنطلق من التأكيد على ضرورة دعم التنمية البشرية المستدامة. فالتنمية باستغلال الموارد المتاحة ليست كافية في حد ذاتها لتحقيق النمو والتغيير للأفضل. ولكن من الضروري أيضا إثارة الوعي لدى الناس وإشراكهم في خطط ومشروعات التنمية على كافة المراحل، وانطلاقها من التعبير عن احتياجاتهم واحترام قيمهم مع التطوير التدريجي لما يرتبط بمعوقات التنمية. ويصبح محصلة هذا مشاركة الجميع على جميع المستويات في تحقيق التنمية، مع حرص الدولة علي عقاب المنتفعين الذين ساهموا في إحداث التلوث للوصول في النهاية إلى أدنى درجات التلوث.

المراجع

1. منى قاسم. التلوث البيئي والتنمية الاقتصادية، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 1999، ص: 82، 83، 85، 103.

2. Nicholas S- Hopkins (ed.), Pollution and People in Cairo, in Cairo Papers, Americon University, Vol., 17, Monograph 4,wintre 1994/1995, pp 3 - 28.
3. Khaled Kamel. A tale of Tow Fctories, in Cairo Papers, American university, Vol., 16, Monograph 4, winter 1994/ 1995, pp- 29-39.
4. Salah Arafa. Basaisa. Solar Project and Sustainable Community Development, in cairo Papers, Ibid,pp- 40-50.
5. M. Walid Gamaleldin. Economic in centives for environmental management: A survey, in cairo Papers. ebid. pp- 51-65.
6. Salwo Sharawi Gomaa. The Politics Behind Egypt. New Environmental. Law. In Cairo Papers, Ibid, pp- 66-74.
7. John Rodenbeck, Cultural Heritage as Environment: Area Conservation in Cairo. Historic Zone, in Cairo Papers, Ibid, pp - 75-92.

8. انظر منى قاسم. التلوث البيئي، مرجع سابق، ص 162 وانظر: محمد السيد إرناؤوط. الإنسان وتلوث البيئة، الدار المصرية اللبنانية،1999، ص ص: 35، 316، 319. وانظر: سلسلة تقارير مجلس الشورى، لجنة الخدمات، تقرير رقم 10، قضايا البيئة والتنمية في مصر تلوث الهواء"، 1992، ص: 35. وانظر: عصام الحناوي. دليل الإرشادات العامة لتشخيص الآثار البيئية للصناعة في الوطن العربي، مركز التوثيق والمعلومات، جامعة الدول العربية،1995،ص:8.

9. M. Hosny El Lakany, Sustainable Development Between Politics and Policies, in Cairo Papers, lbid, pp- 93-102.

الفصل الرابع
تلوث الماء والغذاء
السياق الاجتماعي والثقافي
في عزبة خير الله بمصر القديمة (*)

مقدمة

تمثل العشوائيات مشكلة بارزة في مدن العالم الثالث ، وهي تكتسب وضعية خاصة في المجتمع المصري . ويتعاظم هذا الوجود باستمرار لأسباب متعددة بعضها قديم وبعضها مستحدث يتزامن مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي طرأت على المجتمع في فترات مختلفة . ومع تزايد هذه المناطق وتضخم أعداد المقيمين فيها ، تتجسد المعضلة التي تواجه المجتمع حينما يحاول اتخاذ خطوات تجاه عمليات التطوير أو التنمية . ولا أقصد بهذا أي وصم لهؤلاء السكان الذين يقيمون في هذه المناطق ، وبالطبع لا أميل إلى النظر إليهم على أنهم مسئولون عن كل ما يعوق التنمية ، أو أنهم منحرفون بالمعنى الواسع لهذه الكلمة أو أميون وليس لديهم الوعي الكافي ، أو أن هذه المناطق بؤر للتطرف والإدمان وخلايا سرطانية ضارة ، ذلك أن هذه النظرة تتجاهل الأبعاد التاريخية لنشأة هذه المناطق والمحيط الاجتماعي والثقافي الواسع / والمتغير لتشكلها .

ولهذا تتطلب منا المعالجة الموضوعية إلقاء الضوء على هذا السياق العام قبل معالجة وتحليل ما يرتبط بأحد المشكلات الهامة التي يخبرونها في حياتهم اليومية (ألا وهي التلوث) .

(*) كتبت هذا الفصل الدكتورة ابتسام علام.

وقد شكلت الهجرة الريفية – الحضرية رافدا مستمراً تغذت منة العشوائيات ، فضلاً عن الزيادة السكانية وانتشار التعديات المختلفة على الأراضي المملوكة للدولة ، وأيضاً الكوارث البيئية ، ومن ذلك زلزال 12 أكتوبر 1992 الذي دفع بالحكومة إلى تقديم الوحدات السكنية المخصصة لإسكان سكان العشش إلى هؤلاء من ضحايا الزلزال للخروج من الأزمة التي واجهتها ، وتأجيل النظر إلى مشكلات العشوائيين وفقاً لسياسة الأولويات. وهناك عوامل أخرى عديدة ارتبطت بهذه النشأة والنمو المتسارع: فلم تكن النشأة فجائية وإنما جاء اهتمام الحكومة متأخراً لعدم انتباهها من البداية لحجم المشكلة والتنبؤ بمدى خطورتها فاستفحلت المشكلة وتشعبت مكوناتها .

وقد تولد الاهتمام المتزايد نتيجة لأسباب سياسية ترتبط أساساً بنظرة متحيزة لهذه المناطق على أنها بؤر لعدم الاستقرار السياسي ، وبهذا تصدت حكومات الدول النامية لها بأساليب مختلفة تراوحت بين الإزالة والقضاء عليها[1] وكان الحل يتمثل في عدم الاعتراف بوجودهم على مستوى السياسة الاجتماعية ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى إعادة التوطين أو التطوير أو الإمداد الجزئي بالخدمات وإن كانت ندرة الموارد قد أدت إلى عدم فعالية هذه المحاولات ، ومن هنا كانت الدعوة المستمرة والصيحات المتكررة للمطالبة بالمشاركة الشعبية وأهمية الجهود الفردية لتحسين البيئة الحضرية .

وتكررت المحاولات لدراسة الظروف المعيشية لهذه العشوائيات ، بهدف التوصل إلى مدى ما وصلت إلية من تدهور سواء في الوحدات السكنية التي يعيشون فيها أو الخدمات التي يحصلون عليها أو المرافق المتاحة لهم ومدى إسهامها في إحداث التلوث . والتي أسفرت عن أن هذه المناطق متخمة بكثير من المشكلات الحياتية التي تتعلق بالسكن ومياه الشرب والغذاء والصرف الصحي والقمامة[2] . بل يمكن القول أن الهواء أيضاً يسهم بقدر كبير في هذه المشكلات[3] والتي يعد التلوث من نتائجها .

وإذا كان هذا هو السياق العام للمحيط الاجتماعي والثقافي لهذه المناطق، وبالتالي لأي مشكلة تتجسد فيها. فإن هناك أيضاً ذلك السياق الأكثر محدودية، وهو الوسط الاجتماعي والثقافي الخاص بالسكان المقيمين بالعشوائيات . وهو يعبر بحق عن مدى ما وصل إليه هؤلاء من الشعور بالإحباط في نظرتهم للسياسات

الاجتماعية. ومدي ما يتخذه من جهود لتنقية بيئتهم من التلوث . ووفقاً لهذا الجهد المحاولات المستمرة والمتكررة من العشوائيين لمواجهة هذه التحديات في البيئة المحيطة بهم، ومن المفارقة أن هذه الجهود التي يبذلونها لتحسين بيئتهم بقدر استطاعتهم ، حتى يمكنهم الاستمرار في الحياة بهذه المناطق تؤدي بشكل غير مقصود إلى مزيد من التلوث في أحيان كثيرة بعض الممارسات الثقافية التي ترسخ التلوث في أجيال متعاقبة، ولا يرتبط هذا ولا يمكن تفسيره في ضوء ثقافة فرعية أو ثقافة فقر أو ثقافة العشوائيات، ولكنها يمكن أن تجسد استجابات متعددة للتحديات المختلفة التي يخبرونها .

وسوف تركز هذه الورقة على هذا الوسط الاجتماعي والثقافي المحدود لمشكلة التلوث ، وخاصة للمياه والغذاء في عزبة خير الله لأنهما من العناصر الهامة التي لا يستطيع الإنسان أن يعيش بدونها، وهناك علاقة ما بين الاثنين تتمثل في تلوث الغذاء نتيجة استخدام مياه ملوثة في معالجته (بالغسيل أو الطهي) ، كذلك يمكن القول أن الهواء والأرض يمكن أن يسهما بتلوثهما في تلوث الماء والغذاء .

وسوف يتم التحليل في نطاق بعض العناصر(4) التي تعبر عن الإطار الاجتماعي، (مثل الوعي – العلاقات الاجتماعية – التنشئة الاجتماعية – المسئولية الاجتماعية)، وبعض العناصر التي تعبر عن الإطار الثقافي للتلوث (مثل القيم(5) – المعتقدات– الممارسات السلوكية) وذلك بمقارنة البيانات وفقاً للمستويات الأربعة: جيد ومتوسط ورديء ورديء جداً، على أن تأتي الإشارة إلى بعض المتغيرات الخاصة بالسن ، أو التعليم ، أو المهنة، أو الدخل، أو حجم الأسرة ، إذا كانت ستسهم في التفسير بالتعرف على تلك الخصائص المرتبطة بهؤلاء المقيمين في تلك المنطقة العشوائية. وسوف يتم تناول ما يرتبط بتلوث المياه ثم الغذاء داخل كل عنصر من العناصر السابقة للتحليل ، وفي نهاية الفصل تأتي الخلاصة التي تناقش العلاقة بين تلوث المياه وتلوث الغذاء.

أولاً: السياق الاجتماعي للتلوث

وهو يتضمن بعض العناصر الهامة (مثل الوعي، العلاقات الاجتماعية، التنشئة الاجتماعية، المسئولية الاجتماعية)، تلك التي تعبر في مجملها عن المحيط الاجتماعي

للحياة اليومية لهؤلاء المقيمين بإحدى العشوائيات . وهو يفسر لماذا يفضل هؤلاء الإقامة في هذه المناطق رغم ما تزخربه من مشكلات؟ فهي من الناحية الايكولوجية لا تعد صالحة للإقامة لافتقارها للخدمات والمرافق . كما تعد بيئتها حافلة بكثير من الملوثات التي تنتج من عادم المصانع والورش والمسابك والأبخرة والغبار المتصاعد منها الناتج من حرق المواد المعدنية كالنحاس والألومنيوم والأتربة المتطايرة من الجبل . ومقلب القمامة، والأدخنة المتصاعدة من الحرائق المختلفة التي يشعلها السكان بالقمامة للتخلص منها ، وكذلك الحشرات الضارة والعقارب والثعابين والحيوانات الضالة ، أما البيئة الداخلية بالمنزل فهي لا تنعزل عما حولها بالإضافة إلى ما يوجد بها من ملوثات أخرى من مبيدات (فليت – جاز) على سبيل المثال للقضاء على الحشرات المختلفة والمتوالدة بالقمامة والتي توجد أساساً بالجبل وتجد طريقها إلى المنازل لوجود بيئة صالحة لها بداخلها، وأدخنة متطايرة من تدخين السجائر والشيشة ، أو استخدام وابور الجاز وما تؤثر به هذه الملوثات على الماء والهواء والغذاء والأرض . فتؤدي إلى تلوثها جميعا. ورغم هذا يستمر هؤلاء في الإقامة لعدم وجود بدائل أخرى أمامهم إلى الدرجة التي تدفع بعضهم إلى البناء مرة أخرى عقب إزالة مساكنهم. لأنهم يشعرون أن امكانات السكن هنا أكثر اتساعا ، وكذلك اقل سعرا، وعدم القدرة على الإقامة في مناطق أخرى. وما يتشكل لديهم من تصورات مختلفة تشكل وعيهم. وما يسود بينهم من علاقات نتيجة للاحتكاك اليومي في ظل هذه المشكلات البيئية المحيطة وهكذا يمكن معالجة هذه العناصر فيما يلي:

1. **الوعي**: إذا كانت تصوراتهم تشكل إداركاتهم اتهم فما حدود هذه التصورات والإدراكات؟ وما مدى المعرفة الموجودة لديهم وإلى أي مدى أسهمت في إنتاج وإعادة إنتاج التلوث؟

أ. المياه وكيفية الحصول عليها: نجد أن المستويات الأربعة تتساوى في الاهتمام بإدخال المياه عن طريق الشبكة العمومية لمرفق المياه بالتعاقد الشخصي ودفع التكلفة اللازمة، أو عن طريق الجهود الذاتية بعمل توصيلات، ويمكن ملاحظة وجود تفاوتات في المبالغ التي يدفعها البعض في هذا الصدد وفقا للدخل ، وبالتالي ينطوي هذا على اختلاف نوعية المواسير المستخدمة التي قد

تكون غير مخصصة أساساً لتوصيلات المياه ، أو تكون رديئة فلا يتم فيها مراعاة المواصفات الصحية، وبالتالي يمكن أن تتعرض للتلف والصدأ سريعا مما يلوث المياه المستخدمة.

وترتب على هذا حدوث عديد من المخالفات التي اكتشف بعضها، فتحددت غرامة على بعض الأشخاص الذين لجئوا إلى إجراء مصالحة مع الهيئة ، وتقسيط مبلغ الغرامة مع إسهام منظمة بلان بدفع نصف المبلغ . ولكن من الملاحظ أن بعضهم توقف بعد فترة قصيرة عن دفع الأقساط لعدم توافر النقود والبعض الآخر كان حريصا على عدم اكتشاف المخالفة لعدم تسديد اي نقود في مقابلها، ويعد هذا احتجاجا منهم على عدم امدادهم بهذا المرفق الذي يرون أنه حقهم الطبيعي .

ويتم الحصول على المياه في معظم الأحيان على المستويين الجيد والمتوسط بدون تكلفة تذكر ، حتى في حالة انقطاع المياه واللجوء إلى تخزينها أحياناً ، وهنا يتم الحصول عليها من حنفية عمومية أو من الجيران مجاناً ، أما الشراء فيتم نادراً . ويختلف هذا عما يحدث على المستويين الرديء والرديء جداً ، حيث يكثر انقطاع المياه لفترات طويلة قد تستمر عدة أيام فيلجئون إلى تخزينها باستمرار ، وذلك من الحنفية التي لديهم، والبعض الآخر ليست لدية مياه على الإطلاق فيقوم بشرائها أما من الجيران الذين لديهم مياه وذلك بسعر اقل من العربات الكارو المتجولة للبيع أو من الجيران الذين يشترون المياه ويبيعونها ، ولا يخفى علينا ما ينطوي عليه هذا من تعرض المياه أثناء ذلك للتلوث سواء أثناء ملء الجراكن أو تخزينها عدة أيام قبل بيعها . وإذا كان الدخل منخفضاً يكون من المفضل إحضار المياه مجاناً مهما كانت المسافة بعيدة بين المنزل ومكان الحنفية العمومية تلك التي يقطعونها سيراً على الأقدام .

ويقل الاستخدام للمياه أحياناً على المستويين الرديء والرديء جداً بما يتناسب مع دخل الأسرة، ولا يرتبط هنا بحجم الأسرة فقد يكون حجم الأسرة كبيراً ولكن يمنعهم انخفاض الدخل عن استخدام المزيد من المياه حتى لا يكون ذلك عبئا على ميزانية الأسرة وعلى سبيل المثال نجد أن الدخل لدى إحدى الأسر 150 جنيها شهرياً ويعمل الأب عاملاً معمارياً واستهلاك المياه يومياً 3 جراكن فقط رغم أن عدد أفراد الأسرة كبير، وذلك لأن تكلفة الشراء تعد كبيرة بالمقارنة بالدخل .

وفيما يتعلق بمعنى الترشيد فيمنحه البعض على كافة المستويات مضموناً يتماشى مع ظروف المعاناة الواقعة التي يخبرونها والتصورات التي تتشكل لديهم لما يسمعونه أو يشاهدونه في وسائل الإعلام، "عدم استهلاك المياه في غير مكانها واستخدامها للضرورة.. أي عدم التبذير والمحافظة على المية، وعدم ترك الحنفية تقوم بتسريب المياه وتركيب حنفيات صالحة "أحافظ عليها لأن غيري محتاجها"، "مانسبش الميه على الفاضي، استعملها على الاد"، "أحفاظ عليها زي عنية"، "عدم رش المياه، في الشارع واستهلاكها في حدود"، "اللي شفناه في أفريقيا والمجاعة يخلينا نحافظ على الميه"، "باقفل الحنفية كويس وباحاسب وانا باستخدامها ومهدرش فيها"، ويجسد هذا فكرة الترشيد لديهم التي تتمثل في الأداة المستخدمة (الحنفية) وطريقة الاستخدام للمياه.

أما بالنسبة للمستويين الرديء والرديء جداً فتوجد بعض الاستجابات كما يلي "الميه بفلوس وانا مش عايز ادفع كتير"، "وهو فيه مية عشان أرشد الاستهلاك"، "بنحاول نقلل منها علشان بنشتريها بفلوس"، "ما بنستخدمهاش كتير عشان ما نشتريش ميه كتير". وتتفق الاستجابات مع انخفاض الدخل رغم أن حجم الأسرة كبير ولكن الجهد المرتبط بعملية نقل المياه بالإضافة إلى الشراء يقلل من الاستخدامات المختلفة للمياه ويؤدي إلى تعدد الاستخدام لنفس كمية المياه في أغراض متنوعة مما قد يرتبط بحدوث التلوث. ويعبر عن هذا قول بعضهم "أشترى المية اللي بحتاج لها مفيش زيادة"، "نستخدم المية حسب الاحتياجات مش عمال على بطال ، المية بناخدها من عند الجيران فلازم نحافظ على مشاعرهم وكمان الجراكن تقيله لما نحطها على الراس مع المشوار الطويل". وبالتالي يتم التقدير الدقيق للاحتياج ومقدار التكلفة سواء كانت مادية أو جسدية أو ذات تأثير على علاقات الجيرة ، مما يمثل قيودا متعددة على الاستخدام الحر للمياه . وينطبق هذا على جميع أفراد الأسرة الصغار منهم والبالغين ، وخاصة أن الطرف الأول غالباً ما يتحمل عبء النقل اليومي .

ويمكن القول أن رؤيتهم لوجود العداد ، أو عدم وجوده من الموضوعات الهامة التي تكشف عن نظرتهم لانسهم وللمجتمع المحيط بهم . فقد تعددت الاستجابات على كافة المستويات بين من لا يعرف بتركيب العدادات "ما سمعناش حاجة زي دي" ، ومن يعرف ولدية عداد ويستهلك القليل من المياه حتى لا يدفع كثيرا ، ومن يعرف

وليس لدية عداد لأنة أدخل المياه بالجهد الذاتي، ولم يتم اكتشاف هذه المخالفة ، وبالتالي فهو يسخر من انه تحايل للحصول على المياه ولا يدفع شيئا . ويجسد هذا الاستجابة لجامع البيانات بالقول "ابقى قابلني" ، أو "بس المشكلة هنا المنطقة مهملة من الحكومة وكل حاجة جهود ذاتية" ، أو تحدث السخرية نتيجة لعدم وجود المياه أساسا، فتقول الحالة "لما تركب الميه الأول يبقى يركب العداد" . وبالتالي فهم لا يشغلون أنفسهم بهذه الأمور ما دامت لا تنطبق عليهم .

ويرى البعض أن "الحكومة بتحاول زي ما بنسمع تدخل عدادات بس هنا منطقة عشوائية لا يتم التركيب للعدادات فيها" . ويتضح من هذا إحساسهم بالاختلاف عن سكان الأحياء الأخرى ونظرتهم لأنفسهم كأنهم ينتمون إلى منطقة موبوءة ، أو أنها لا تدخل على خريطة السياسة الاجتماعية . وربما أسهم في هذا أن معظمهم التطويرات التي تتم تستهدف تلك الأحياء التي توجد في قلب المدينة وليس تلك العشوائيات التي توجد على أطرافها .

وبالنسبة لصور تلوث المياه نجد أن رؤية الناس على المستويين الجيد والمتوسط تتمثل في أن بعضهم لا يعرف السبب الرئيسي لتلوث المياه ، ويعتقد أنه يرتبط بالمياه المعكرة من صدأ المواسير أو أثناء تصليحها أو تعرض ماسورة للكسر ودخول الأتربة بداخلها ، أو تسرب مياه الصرف الصحي لها أو ارتباطه بالمياه المخزونة لفترة طويلة أو نتيجة للغبار في الهواء ولا يدركون أن التلوث يمكن أن يحدث نتيجة لنوعية المواسير المستخدمة أو الأدوات التي يتم بها تخزين المياه في حالة عدم نظافتها أو من الأرض أو الحشرات ، ويرتبط هذا بالنظرة المحدودة لمعنى التلوث والتي تتضمن أكثر العناصر البيئية التي يعانون منها في واقعهم كالدخان فقط أو الدخان والقمامة ويتمفصل هذا ويعد امتدادا لأن البعض لا يدرك معنى البيئة أو يعتقد أنها تعني التربية . ويرى البعض أن المياه لديهم ليست ملوثة "ماعندناش تلوث في الميه وإحنا عندنا برميل بلاستيك ونظيف نضع فيه المية والزير لمياه الشرب وما بنخزنش الميه كتير وكل يومين تتغير". ويرجع البعض الآخر التلوث للمياه إلى خارج العشوائيات فيذكر انه بسبب الناس في المناطق الريفية فهم يقومون بإلقاء الحيوانات النافقة في المياه، وكأنهم بهذا يعتبرون سؤال جامع البيانات لهم عن التلوث في المنطقة هو وصم لهم فيحاولون استبعاده وإلصاقه بسكان

القرى . ويرى البعض أن الجراكن ليس لها دور في التلوث "لا أنا ما أعرفش إن الجراكن بتخلي الميه وحشة وتجيب أمراض"، وبرغم أن هذين المستويين تنحصر لديهما أشكال تلوث المياه في المواسير والمياه المخزونة في حالة انقطاع مياه الصنبور، ونظراً لعدم الاستناد كثيراً للمياه المخزونة، بالإضافة إلى أنه في حالة استخدامها يتم تخصيص إناء لمياه الشرب والطعام ، وإناء للاستخدامات الأخرى مما يؤدي إلى تعدد أشكال التلوث لديهم . وخاصة أن المياه التي يتم تخزينها تثير الشكوك حول مدى نظافتها من البداية ما دام مصدرها من الحنفية.

أما على المستويين الرديء، والرديء جداً، فنجد أن هناك صورتين للتلوث الأولى تمثل هؤلاء الذين لديهم مياه ولكن تنقطع لديهم كثيراً ويضطرون للبحث عن بديل للحصول على المياه بالشراء أو من الجيران ويقومون بتخزينها ، والثانية الذين ليس لديهم مياه ويشترونها مما يمثل عبئاً عليهم في الإنفاق . وتوجد في الصورتين أشكال مضافة للتلوث . أما بسبب المكان الذي يتم إحضار المياه منه أو طريقة نقلها أو الأدوات أو طريقة التخزين والأدوات المستخدمة. هذا على المستوى الواقعي ، أما على مستوى الوعي فيحدث التلوث من وجهه نظرهم من برميل التخزين الذي قد يتعرض للتعفن أو من الجركن غير النظيف ، وإذا كانت المياه غير مغطاة أو من المواسير عقب انقطاع المياه أو "بسبب المكان اللي بنجيب منه المية لأنها بتيجي أحيانا صفراء" ، أو بسبب الزبالة والحشرات" ويعبر هذا عن وجود الوعي لدى البعض بما يعانون من التلوث وتعدد مراحله . ويعتقد البعض بعدم وجود تلوث "إنا ما اعرفش التلوث بيجي منين إذا كنت باخد الميه من الحنفية على طول" ، "بتيجي نظيفة من الحنفية" ، "إحنا ما عندناش تلوث للميه ، وعندنا زير علشان مية الشرب"، "لأ مفيش تلوث من مكان ما بجيب الميه ولا البستلات" ، ويرتبط هذا بعدم إدراكهم لمعنى كلمة تلوث ، وبالتالي فهم لا يدركون ما يحيط بهم من إخطار ، أو قد يرتبط برؤية قدرية بدرجة كبيرة "إحنا بنسلمها لربنا وبنتكل على الله" ، "ما اعرفش التلوث بيحصل للميه ليه ولا تلوث ولايحزنون العمر واحد والرب واحد".

ويدرك البعض أهمية الاستناد إلى المياه الجارية بالحنفية في الشرب واعداد الطعام ، بينما يستخدمون المياه المخزونة في الغسيل والاستحمام "بيحصل بسبب تخزين

المية في البيت ، أن الميه بتعفن عشان كده ما بخليش ميه كـتير في الجـراكن أو الـصفايح عشان عندي حنفية" ، ومن البديهي أن نوعية المواسـير هنـا يمكـن أن تكـون اردأ مـن النوعية المستخدمة بالمقارنة بالمستويين الجيد والمتوسـط وبالتـالي فاحتمـالات التلـوث أعلى . وبالنسبة للحالات التي تشتري المياه فهم يرون أن "التخزين لأكثر مـن 4 أيـام يلوث المياه لهذا بملاؤن جركن واحد" (مع ملاحظة أن الحالة الأخيرة تعمل الأم فيهـا بائعة خبز والابنة بائعة كوارع داخل المنطقة) ، ومن الطبيعي أن أعمالهم تتطلب المزيد من المياه ، ومن المفارقة الغريبة أن اسـتهلاكهم للميـاه يتمثـل في جـركن واحـد لكـل احتياجات أعضاء الأسرة .

وبهذا يتضح لنا أن المعاناة التي يخبرونها في حياتهم اليومية تخلق لديهم الوعي ، وكلما طالت مدة الإقامة بالمنطقة ازداد هذا الوعي خاصـة لـدى المـستويات الـرديء والرديء جدا لازدياد وكثافة المـؤثرات الخارجيـة والداخليـة علـيهم ، وبالتـالي فهـم يلجئون إلى مزيد من التحايل على هذه البيئة المحيطة ، وإجراء كثير من الموازنات الـتي تمكنهم من التعايش الفريد في هذه الظروف شديدة القسوة .

ب. الغذاء: على مستوى الرديء والـرديء جـدا يعتمـد الـبعض علـى الـشراء اليومي لما يحتاجونة من طعام ليس بهدف تجنب تلوث الطعام مـن التخـزين ولكن لان الحالة الاقتـصادية لا تـسمح بالـشراء لكميـات إضـافية "الـشراء باليوم لان الحالة تعبانه ... مبنخزنش مـن البيـاع علـى الحلـه علـى بطننـا" ويحدث هذا كثيرا في حالة معاناة الزوج من البطالة (على سبيل المثال زوج عاطل .. حجم الأسرة 7 أفراد الدخل 125 جنيهـا) . ويـرتبط بهـذا أيـضا شراء الخضار قليل الجودة لأنة ذو سعر زهيد . أما بالنسبة للمستويين الجيد والمتوسط فنجد إنهما يشترون احتياجـاتهم يوميـاً بكميـات اكـبر ولكـن لا يمنعهم هذا من اللجوء للباعـة الجـائلين لأنهـم يبحثـون أيـضا عـن الـسعر الزهيد وقرب المسافة بدلاً مـن اسـتخدام المواصـلات لـشراء الاحتياجـات اليومية .

وفيما يتعلق بالمستويين الرديء والرديء جداً ، نظرا لان بعضهم يـشتري الميـاه لذلك فهم يستخدمونها بحرص في التنظيـف"، تنظيـف الحلـل والأطبـاق في الأوضـة

وبحبة ميه في طبق وأسقسق"، أو تخصيص طبق للغسيل وطبق للشطف، ونظراً لقلة المياه وعدم الرغبة في هدرها قد لا تحدث عملية التنظيف بدرجة كافية مما يؤدي إلى تلوث الأواني، وبالتالي الأطعمة التي توضع أو تطهى بها بعد ذلك. وهنا يتدخل انخفاض المستوى الاقتصادي وظروف البيئة التي تتمثل في عدم توافر المياه في إحداث التلوث وذلك رغم محاولاتهم لتفاديه.

وجدير بالذكر أن بعضهم قد ذكر لجامع البيانات أن الطعام داخل المنزل لا يمكن أن يتلوث "إحنا ناس نضاف"، وأن التلوث يأتي من خارج المنزل فقط. وذلك رغم ما قد يتعرض له الطعام من إشكال مختلفة للتلوث تؤدي إلى فسادة في النهاية. وقد لا يرتبط هذا بمدى وعيهم بقدر ما يرتبط بإدراكهم لنظرة الآخرين الغرباء (من خارج العشوائيات) لهم، وبالتالي فهذه العبارة التي ذكروها تمثل وسيلة دفاعية تقيهم الإحساس بالدونية. ويرتبط بهذا أن تذكر الزوجة أنها حريصة على قراءة تاريخ الصلاحية على السلع، أو العبوات التي تشتريها، وتفعل ذلك دائما بينما هي أمية في حقيقة الأمر. أو تقول أخرى "بناكل في أطباق وبمعالق زي كل الناس". ويتسم البعض بالقدرية بدرجة كبيرة كما هو واضح في حديث احدهم "نأكل ونخليها على الله".

وفيما يتعلق بالوعي هنا نجد انه في المستويين الرديء والرديء جدا لا يتوافر بنفس القدر بالنسبة للمياه، حيث يتدخل انخفاض المستوى الاقتصادي بدرجة كبيرة في حدوث كثير من التسامح تجاه التنظيف للخضار أو الأواني أو نوعية الطعام الذي يتم شراؤه، وخاصة أن تكاليف الغذاء دائما تكون أعلى بالمقارنة بتكلفة شراء المياه. وذلك بالمقارنة بالمستويين الجيد والمتوسط اللذين لديهما قدر أعلى من الوعي ومستوى اقتصادي أفضل نوعا وبالتالي لديهما الامكانيات المادية للنظافة ولكن لا تتيح البيئة لهما هذا بملوثاتها المختلفة.

2. **العلاقات الاجتماعية**: ويمكن أن تسهم بدرجة كبيرة في تحقيق التضامن الاجتماعي بين المقيمين في المنطقة العشوائية لتوفير الاحتياجات وتقليل التفاوتات فيما بينهم. ويهمنا هنا مدى إسهام هذه العلاقات في تقليل التلوث أو زيادته.

أ. المياه: يوجد بعض الأشخاص الذين ينتمون إلى المستوى الرديء جدا بصفة خاصة يلجئون إلى الحيلة بطرق مختلفة للحصول على المياه مجانا أو بسعر زهيد، ويذكر البعض ما يؤكد هذا بقولة "بنجيب ميه من الجيران... ومش بندفع فلوس... الناس لبعضها"، "المية بناخدها بالخرطوم(*) من الجيران وما بياخدوش . فلوس مننا لأن المية ثواب"، "البيت اللي جنبنا عندهم مية بس مش بيحبوا يدوا ميه لحد أنا بملي من البيت اللي في أول الحارة على الشارع.. اللي بأملي منهم مش باديهم فلوس بس كل فترة لازم تراضي العيل بلعبة أو أي حاجة.. تديلة يجيب أرواح يعني أراضي ولاد جارتي عشان تخليني أملي من عندها". ويتضح من هذا تلك الأفكار التي يروجها البعض حتى يحصلوا على المياه من الجيران بأن هذا العمل من الأعمال الخيرة، ويجازي علية الله بالمثوبة الحسنة، أو أنه من الأفعال الجيدة التي تساعد على تقوية العلاقات بين الجيران مما يشجع الجيران على القبول وعدم الرفض . واللجوء أحيانا إلى استخدام خرطوم لملء المياه حتى لا يكثروا من التردد عليهم ولا يكلفوهم جهدا يذكر وأحيانا تقديم النقود أو اللعب لأبناء الجيران بشكل غير منتظم ويدل ذلك على وجود الرشد الاقتصادي لديهم ، فبدلا من أن يفقدو هذا السبيل الوحيد القريب للحصول على المياه يلجئون إلى التضحية بقدر قليل من النقود بدلا من الاضطرار إلى الذهاب بعيدا أو الشراء بنقود أكثر.

ويمكن القول أن الجيران لا يتساوون في الإقبال على مساعدة البعض الذين ليس لديهم مياه ، وخاصة أن ذلك يترتب علية بعض المشكلات نتيجة للمضايقات المستمرة من البالغين والصغار المترددين لملء المياه بما يقضي على خصوصية الأسرة المضيفة ، وكذلك ما ينتج من أثار بعض المياه المتخلفة من ملء الأواني ، وعدم مسحها ، ولهذا يقل عدد حالات الأسر المضيفة ، وتضطر باقي الأسر للشراء، أو

(*) يمكن ملاحظة أن استخدام الخرطوم لملء المياه من الجيران قد يؤدى إلى تلوث المياه وخاصة مع طريقة الاحتفاظ بالخرطوم أو عدم غسله ، أو تركة على الأرض حتى يتم إحضار إناء آخر.

الملء من حنفية عمومية مما يقلل من كمية المياه التي يتم ملئها نظراً للتكلفة ، وأيضا المسافة التي يقطعونها للحصول على المياه ، وبالتالي يزداد التلوث.

ب. الغذاء: بالنسبة للمستوى الرديء والرديء جدا ، تلجأ بعض الأسر إلى تخزين الطعام في ثلاجة الجيران ، ولكن هذه الحالات لا تتكرر كثيرا، وخاصة أن هذه المساعدة يمكن أن تتوقف في أي وقت إذا نشأ عنها مشكلات، أو شعرت الأسرة المضيفة بالضيق والاستغلال . وهذه المساعدة لا يترتب عليها تقليل التلوث للغذاء،وخاصة أن الثلاجة سواء كانت لدى الأسرة ، أو لدى الجيران فهي تتعرض لنفس المؤثرات الخارجية من تسرب بعض الحشرات إليها، وبهذا فان تبريد الطعام ليس كافيا لحفظه من التلوث لوجود ملوثات أخرى .

ويميل البعض إلى عدم تخزين الفائض من الطعام "ما با اخزنش أكل مطبوخ باقي الأكل بارميه في الزباله في الشارع ، أو أديه للجيران لطيورهم وفراخهم لأني ما عنديش ثلاجة وعشان ما يحمضش". وإذا كان هذا يؤدي في جانب منه إلى تلوث الأرض بالمساهمة في تراكم القمامة التي تتوالد فيها الحشرات ، ولكن على الجانب الأخر نجد أن تقديم الفائض لطيور الجيران يمثل حلا للتلوث فهم يتخلصون مما لا يحتاجونه من طعام ، وفي نفس الوقت يؤدي هذا إلى تقوية الروابط الاجتماعية فيما بينهم .

3. **التنشئة الاجتماعية:** وهي تمثل تلك العلاقة المستمرة بين الآباء والأبناء، والعملية التي يتم من خلالها نقل الثقافة بعناصرها المختلفة ، فكيف ترتبط التنشئة هنا بالتلوث والمساهمة في إعادة إنتاجه في الأجيال المتعاقبة ، وخاصة أن الأبناء يتعلمون أكثر من الآباء وترسخ في أذهانهم الأفعال أكثر من الأقوال، ويجدون أنفسهم مع الوقت يعيدون هذه الأفعال أن لم يبدعوا بطريقتهم.

أ. المياه: يشارك الأبناء كثيرا في جميع المراحل الخاصة بالحصول على المياه ونقلها وتخزينها ، وتزداد هذه المشاركة في مستويات الرديء والرديء جدا ، لأنها أكثر المستويات احتياجا إلى المزيد من الأيدي المساعدة لتوصيل المياه إلى المنزل

وتفريغها في أواني التخزين ، أو غسيل الأواني لوضع المياه بها، فالأم تطلب من الأبناء القيام بهذه الأعمال لمساعدتها ، أو القيام بها بدلا منها دون الحرص كثيرا على تعليمهم كيف يقومون بأداء هذه الأعمال بدقة ، فقط ما يهمها هو تقليل أعبائها ، وخاصة مع العدد الكبير للأبناء ، والحالة الصحية للام التي تكون متدهورة أحيانا . ويقوم الأبناء بأداء هذه الواجبات ، ونظرا لكونها مهام يومية ورغبتهم في ممارسة طفولتهم ، فإنهم يتخذونها مجالا للعب ، وبهذا لا يحرصون على نظافة الأواني خلال هذه المراحل جميعها.

ب. الغذاء: ويمكن ملاحظة دور التنشئة الاجتماعية على جميع المستويات في نقل بعض الممارسات للأبناء، تلك التي ترتبط بإعادة إنتاج التلوث مثل الأم التي تشتري حلل الومنيوم وأطباق بلاستيك لتجهيز ابنتها ، ومن المعروف مدى ما تسهم به هذه النوعية من الحلل والإطباق في التفاعل مع بعض الأطعمة بما يحدث ضرراً للإنسان عندما يتناولها ، ومع استمراره في ذلك تحدث التراكمات التي تؤدي إلى مضاعفات تصيب الإنسان بأمراض خطيرة . وتزيد نوعية هذه الأواني رداءة وخاصة على المستويين الرديء والرديء جداً، تلك التي يحصلون عليها من الباعة الجائلين ، وكلما زادت رداءة هذه الأواني ساهمت أكثر في أحداث هذا التلوث .

4. **المسئولية الاجتماعية**: ونتساءل هنا من المسئول؟ هل هو الفرد أم الجماعة أم المجتمع؟ وايهما يسهم أكثر في إحداث هذا التلوث؟ وما حدود هذه المسئولية؟

أ. المياه: وتحصل الأسر في المستويين الجيد والمتوسط على المياه من الحنفيات، وكان بعضهم قبل إدخال المياه يحصلون عليها مجانا ، أو يشترونها من العربات المتجولة للبيع ، ويحدث هذا أيضا في حالة انقطاعها ، وفي المستوى المتوسط تذهب الزوجة والأبناء لإحضارها . أما على مستوى الرديء والرديء جدا ، فكثيرا ما يذهب الأبناء لإحضار المياه ، وغالبا ما يكون هؤلاء من الصبية الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والتاسعة ، أو الخامسة عشرة (ومن المعروف أن هناك جراكن ذات سعات مختلفة يستطيع هؤلاء الصغار حملها) . ويمكن ملاحظة مدى ما يسهم به هؤلاء في تلويث المياه في هذه

الرحلة المعتادة يوميا ، سواء إثناء ملئها ، أو عدم الاهتمام بغسل الوعاء قبل ملئه ، أو إثناء نقلها ، كذلك المسافة الطويلة التي يقطعونها حتى يصلوا إلى منازلهم، وخاصة إذا كان الوعاء مكشوفاً، وبهذا تشارك الزوجة والأبناء في هذه المسئولية.

كما يرتبط ذلك بأسباب ترشيد استهلاك المياه ، فبالنسبة للمستويين الجيد والمتوسط نجد الاستجابات "عشان ما يتمليش الطرنش بسرعة(*) ودايما بنخفض الحنفية". والبعض لدية حنفية واحدة في مدخل المنزل مما يفرض الاستخدام القليل للمياه. والبعض يرشد بسبب الحملة القومية للتوعية بالتليفزيون، أو لأن لديهم عدادا ويدفعون مبلغا بانتظام شهريا . وذكرت بعض الحالات "مصر بتزيد وممكن الصحراء يزرعوها فإحنا محتاجين المية" ويجسد هذا إدراك أن الصراع على المياه قضية قومية، وأن هذا يمنح الترشيد أهمية خاصة، ويترتب على هذا مسئولية الفرد في المحافظة عليها. وإن كانت أهمية المياه تكتسب بعدا ضيقا أو محدوداً لدى البعض فينظرون لها من منطلق الفائدة الشخصية، والتأثير السلبي لكثرة الاستخدام وما يرتبط بهذا من تكلفة مادية.

ب. الغذاء: وإذا تناولنا عملية الشراء خارج المنزل على مستوى الجيد والمتوسط نجد الزوجة والأبناء وأحيانا الزوج يقومون بها يوميا من سوق قريب من المنطقة . ومن الجدير بالذكر أنه رغم أمية الزوجة ، إلا أن الأبناء متعلمون، وبالتالي يتوافر هنا إلى حد ما قراءة تاريخ الصلاحية للسلع الغذائية . أما الاحتياجات اليومية من طعمية وفول وخبز وشاي وسكر فمن المحلات الموجودة بالمنطقة قريباً من المنزل، أما اللحوم والأسماك فتشتري أسبوعيا من خارج المنطقة(*).

أما على المستويين الرديء والرديء جدا فتشتري الزوجة والأبناء الاحتياجات يوميا ، أو كل يومين ، أو ثلاثة أيام ، وتمنعهم صعوبة المواصلات من الشراء من

(*) ويعتبر الطرنش دافعا هاما لترشيد الاستخدام للمياه لدى جميع المستويات.

(*) ويكون السؤال هنا، هل الشراء الأسبوعي من خارج المنطقة يحميهم من التلوث الذي يوجد في كل مكان.

خارج المنطقة ، ولهذا يشترون من داخلها معظم احتياجاتهم . وهكذا تزداد كثافة الشراء من داخل المنطقة لدى المستويين الأخيرين ،كما يزداد التعامل هنا مع الباعة الجائلين الذين تزيد نسبة التلوث لديهم . ولا يحرص هؤلاء على متابعة تاريخ الصلاحية على العبوات ، فليس لديهم البديل بالشراء من خارج المنطقة ،خاصة أن تحقيق هذا فيه قدر من الصعوبة التي تتمثل في استخدام المواصلات التي تزيد أعباءهم ،وتمثل مزيدا من التكلفة التي لا تتحملها دخولهم المتواضعة .

وبهذا يمكن القول أن مسئولية التلوث هنا ليست مسئولية فردية ،أو جماعية على مستوى الأسرة ، وإنما هي مسئولية مجتمعية أيضا يقع عبئها على عاتق الدولة ، بالإضافة للإفراد فكيف يستطيع هؤلاء تحمل المسئولية وحدهم في حماية بيئتهم من التلوث ، وهو مفروض عليهم في جانب كبير منه، من هؤلاء من أصحاب المصانع والورش الذين يحرصون على وجودهم في هذه العشوائيات بعيدا عن أعين القانون، ومجالا لكثير من التجاوزات والمخالفات البيئية ، بل يمكن القول أن المياه والغذاء تأتيهم أساسا ملوثة بالإضافة لشرائهم يوميا سلعا أخرى ملوثة من داخل المنطقة ، وبالتالي أن يعد كل هذا ملوثات إضافية وهم يزيدون تلوثها بمحاولاتهم المتواضعة لحماية أنفسهم ، وبهذا يمكن القول أن المسئولية المجتمعية يأتي دورها في البداية قبل مسئولية الفرد . ومن ثم نتساءل عن دورا لدوله في إمداد المنطقة بالمرافق والخدمات اللازمة؟ وعن معرفة الدولة بوجود تلك المنطقة ؟ ومدى ما يشعرون به من إهمال. وعلى نحو ما ذكر سابقا أن المنطقة لا تتبع أي حي من الأحياء المسئولة عن المناطق المحيطة مما تسبب في إهمالها وقصور تقديم خدمات البنية التحتية اللازمة لتوفير حياة كريمة . أن ارتباطهم الوحيد بالدولة هو الشعور بالخوف من أزاله مساكنهم التي اتخذوها لأنفسهم لحمايتهم من الإقامة بالشارع هم وأبنائهم . ولكي نحدد من المسئول في النهاية يجب أن نتساءل كيف ننظر لهؤلاء هل نعتبرهم مواطنين أم غرباء؟

ثانياً: السياق الثقافي للتلوث

ويعد على درجة كبيرة من الأهمية ، فهذه الجوانب التي تشكل الثقافة هي التي تمثل الإطار المرجعي للفرد ، ذلك الذي يبلور هذا الوجود الإنساني الفريد المتميز الذي يسعى في هذه المنطقة العشوائية إلى الصراع مع البيئة لترسيم حدوده الإنسانية بما يحقق له أدنى درجات الوجود الإنساني . وهكذا تأتي هذه العناصر الثقافية لتحدد وتشكل وتصوغ هذه التضاريس التي تجسد خريطة الإنسان في تلك المنطقة العشوائية .

1. **القيم**: وهي تعبر عن تلك الأفكار الموجهة لسلوك الفرد، فإلى أي مدى تسهم في التعبير عن هذا التلوث، وتجسيد هذا الواقع الزاخر بكثير من المشكلات البيئية.

أ. المياه: وتتجلى هنا قيمة النظافة التي يحققونها بأساليب مختلفة ، فعلى جميع المستويات نجدهم يتخلصون من المياه الزائدة المستخدمة بإلقائها في الشارع أمام المنزل "أي مية مستعمله إحنا بنرميها قدام البيت زي كل الناس هنا"، "بنرمي الميه عشان الطراوة والتراب يهدى"، وتقول زوجة أخرى "كل الناس هنا بترمي الميه قدام بيتها علشان ما يتمليش الطرنش"، ومن الجدير بالذكر أن هذه الوسيلة للتخلص من المياه تؤدي إلى كثير من المشكلات بين الجيران حيث ينزعج بعضهم من هذه الممارسة رغم أن البعض الآخر الذي يمارسها يرى أنها تحقق عدة وظائف هامة منها تهدئة الأتربة التي يتشبع بها الهواء، وتجنب امتلاء الطرنش حتى لا يدفعوا المزيد من النقود لنزحة . ويمكن القول أن هذه الممارسة تؤدي إلى مزيد من التلوث رغم هذا؛ لأن المياه سبق استخدامها وبالتقائها مع الأتربة أو القمامة في أرض الشارع تشكل بيئة خصبة من الجراثيم التي تساعد أيضا على توالد الحشرات وتكاثرها .

أما على المستويين الرديء والرديء جدا فانه نظرا لشراء المياه يتم تحديد أولويات في الاستخدام والتخلي عن بعض الأشياء التي يجب القيام بها مثل الغسيل وتشطيف الأبناء بدلا من استحمامهم ، أي اختصار بعض الخطوات لتحقيق النظافة (رغم قذارة البيئة المحيطة بهم ، والتي تتطلب منهم النظافة

المستمرة)، وأيضاً غسل الخضراوات الذي قد لا يتم بشكل كاف مما يسهم في التلوث، والاستحمام الذي لا يتم على فترات متقاربة(*) وكذلك تنظيف المنزل الذي يمكن أن يتم على فترات متباعدة أكثر بالمقارنة بالمستويين الجيد والمتوسط . فعلى سبيل المثال"يتم التنظيف كل أسبوعين الهوا بيجي ياخد الوساخة ويحدفها على الجيران"وحينما تكون الأرض ترابية فهم يكتفون بالكنس بدلا من المسح، وبهذا يوفرون في استخدام المياه. ويحرص البعض على غسل الجراكن إحنا بنغسل الجركن بتاعنا كل يوم ، بنتي نظيفة وبتحب النظافة ومن غير ما أقول لها حاجة ، هي من نفسها بتغسلهم(**).

أيضاً يحاول البعض غسل البرميل بالرابسو ، أو استخدام الجراكن بدلا من البرميل الذي تتراكم فيه الرواسب بأسفله فتلوث المياه ، ومن البديهي أن استخدام القليل من الماء في غسل البرميل غير كاف في إزالة رواسب المنظفات المستخدمة (الرابسو) التي توجد في المياه المستخدمة بعد ذلك ، ويتم تناولها بالشرب أو استخدامها في الطهي كما أن استخدام الجراكن لا يخلو أيضا من الملوثات ، وبالتالي يتضح لنا أن فكرة النظافة موجودة لديهم على كافة المستويات ، وإن كانوا يجدون صعوبة في تحقيقها نظرا لما يسود البيئة من ملوثات مختلفة يحاولون التغلب عليها بطريقتهم الفريدة .

ب. الغذاء: على المستويين الجيد والمتوسط تتم نظافة الخضار في صحن يمكن ملاحظة أن الابنة والأم والأب أميون . ورغم هذا فهم يدركون أهمية النظافة في المحافظة على المياه حتى لا تتلوث فيصابون بالإمراض . ماء، ويستخدم الخل ، أو الغسيل على الحنفية في طبق ، أو صينية ،أو من ماء البرميل في حالة انقطاع المياه . أما المستويين الرديء والرديء جدا ، فيتم

(*) يوجد تناقض بين كلام المبحوث وما ذكره جامع البيانات نتيجة الملاحظة فالأول ذكر أن الاستحمام يتم مرة أسبوعياً. ولكن ملاحظة الثاني أن المبحوث لا يستحم مطلقا بمعنى أنه يفتقر للنظافة.

(**) يمكن ملاحظة أن الابنة والأم والأب أميون. ورغم هذا فهم يدركون أهمية النظافة في المحافظة على المياه حتى لا تتلوث فيصابوا بالأمراض.

غسل الخضار بالماء ، أو "تنظيف الخضار مرة واحدة بميه الجركن على الماشي ، "ومن الواضح أن هذا لا يسهم في تنظيف الخضراوات وتخليصها من ملوثاتها تماما . ويغسل اللحم بالماء والملح . وبهذا تتحقق النظافة على المستويين الجيد والمتوسط عن طريق فكرة النقع في الماء والخل للتطهير من الملوثات ، أو بالماء الجاري من الحنفية ، أما استخدام ماء البرميل فهو يحمل المزيد من الملوثات مما يوجد به من رواسب ، وعلى المستويين الرديء والرديء جدا فهما يستبدلان الخل بالملح لتحقيق نفس هذا الهدف .

وفيما يتعلق بالمستويين الرديء والرديء جداً، فإنهم يتخلصون من ناتج تنظيف الخضار بإلقائه على الشارع، وبذلك يسهمون بدرجة كبيرة في تلوث الأرض، بالإضافة إلى الماء الذي يتم إلقاؤه، أو حرق القمامة، وأحيانا إذا كان الزوج مقيماً بمفرده، فإنه يضع الطعام في كيس على السرير "وقت ما أجوع آكل منه". فلا يفيض منه شيء. وذلك بالمقارنة بالمستويين الجيد والمتوسط اللذين يحرصان على تجميع القمامة فيه كيس وتقديمها لعربات القمامة، ولكن في حالة تأخر هذه العربات يلجئون إلى نفس الممارسة بحرق القمامة. وتصبح النظافة هنا أيضا من الصعب بلوغها. فإذا كان حرق القمامة هو السبيل لديهم للتخلص من هذه الفضلات فان الدخان الناتج يزيد من تلوث الهواء.

2. **المعتقدات:** وهي ترتبط بتلك التصورات السائدة لدى الفرد حول الأشياء والواقع، والتي لا تتفق مع حقائق الأمور في كثير من الأحيان، فما ارتباطها بالتلوث لديهم.

أ. المياه: على المستويين الرديء والرديء جدا يعتقد البعض أن المياه بالحنفية لا يمكن أن تتلوث، فيذكر أحدهم "المية ما بتتوسخش بتيجي من الحنفية بواسطة الماسورة"، رغم أن هذا يناقض الحقيقة فهم لا يدركون أن المياه يمكن أن تتلوث نتيجة المواسير الرخيصة، أو تسرب مياه الطرنش . كما أن جميع المستويات تمنح الترشيد مضموناً دينياً، ويتضح هذا من الاستجابات "المية حرام الواحد يبعترها لما نحافظ عليها يبقى أحسن، الواحد ساعات مش بيلاقي نقطة المية"، "المفروض نحافظ على مية النيل عشان دي نعمة من عند

ربنا" "الدين يأمرنا بعدم التبذير" "حرام قوى لما نرمي المية كدة بدون ما نستفيد بيها" "نعمة ربنا أدهلنا لازم نحافظ عليها" "استهلاك المية كثير حرام باحافظ عليها عن طريق التوفير" "لو كان الوضوء من البحر ربنا يحاسبنا عليه" ورغم هذه التصورات الدينية الموجودة لديهم، نجد أن ممارستهم الفعلية تتناقض مع هذا ، فهناك بالفعل إسراف في المياه ، وخاصة لدى البعض من المستويات الجيد والمتوسط الذين تتوافر لديهم المياه من الحنفية ، في حين أن هذا لا يحدث لدى البعض في المستويات الرديء والرديء جدا ، وخاصة الذين يشترون المياه ، ويجسد هذا قول البعض "المحافظة على المية الكلام دة للي عندهم مية في بيتهم مفروض يقفلوا الحنفية ويحافظوا عليها ، ولكن أنا معنديش مية أصلا وبجيب مية على قد القد" ، ويتضح من هذا نظرة الأشخاص الذين ليس لديهم مياه لهؤلاء الذين توجد لديهم المياه بالمنزل ، فالطرف الأول يعتقد أن عدم الترشيد يكمن في الطرف الثاني ، وكأن مجرد توافر المياه بسهوله يرتبط بعدم تقدير أهميتها ، وهذا يخالف الواقع في حقيقة الأمر لدى البعض .

ب. الغذاء: تتم تعبئة الطعام على جميع المستويات في أكياس بلاستيك سوداء غالباً. ويمكن ملاحظة مدى التناقض بين إدراكهم لأضرار هذه الأكياس "الأكياس السوداء مضرة ووحشة" وبين ممارستهم الفعلية بالشراء للأطعمة وتعبئتها فيها. حيث يسود الاعتقاد في الحسد والخوف من أعين الجيران "بنعبي الحاجة في أكياس غالبا سودا عشان ما حدش يشوفها" "بنشتري في شنط سمرا ما يبانش إيه جواها" "نشتري الأكل ونعبية في أكياس سودا علشان الناس ما تبصلوش والعين وحشة" وذلك نظرا للاختلافات في المستوى الاقتصادي ونوعية الحياة، وبالتالي تسود بين الجيران الرغبة في التجسس لمعرفة جزئيات المياه اليومية لديهم. ومن هنا يميل البعض إلى التجنب ومحاوله الهروب من هذا الحصار، ومن هذه الوسائل الأكياس الداكنة اللون التي تخفي طبيعة ما بداخلها ، ولكن دون مراعاة لأن هذه الأكياس يمكن أن تؤدي إلى تلوث الأطعمة التي توجد بها ، وذلك بما يحدث من تفاعلات بينها وبين هذه الأطعمة ، ويضيف المستويان الرديء والرديء جداً استخدام ورق الجرائد ،

وهو يسهم أيضاً في التلوث لسهولة انتقال حبر الطباعة إلى الأطعمة التي تغلف به . ويوجد على المستويين الأخيرين بعض التفاوتات الطفيفة في الدخول التي تسمح أحيانا ببعض التميز في زيادة القدرة الشرائية للطعام نتيجة إسهام بعض الأبناء بعملهم في دخل الأسرة ، بينما نجد البعض لا يشتري اللحوم والأسماك إلا على فترات متباعدة، الخضار واللحم والسمك لا يدخلوا المنزل إلا كل شهر أو شهرين(*). مما يتيح المجال لانتشار ما يرتبط بالعين الحسودة. وتسهم المعتقدات بهذا في إضافة المزيد من الملوثات للأطعمة الملوثة أساساً بالمنطقة.

3. **الممارسات السلوكية:** وتتعدد هذه الممارسات وتتنوع لتشغيل حيزا كبيرا في هذا السياق . وهي تمثل تلك الأفعال اليومية التي اعتاد هؤلاء القيام بها . وتجسد بوضوح مدى إسهامهم في أحداث التلوث .

أ. المياه:

1. الأدوات المستخدمة لحفظ المياه: استخدام الجراكن والبستلات والجرادل على المستويين الرديء والرديء جدا أكثر بالمقارنة بالمستويين الجيد والمتوسط ، ففي المستويين الأخيرين يحدث هذا فقط حينما تنقطع المياه ويقتصر الاستخدام على الجراكن التي يتم فيها تعبئة المياه من الحنفية الموجودة بالمنزل . ويكمن التلوث هنا في اتساع السطح المكشوف لهذه الأواني الذي يتلوث أثناء النقل من الهواء بواسطة الحشرات الطائرة التي تتجمع أساسا على القمامة والحيوانات النافقة ، أو من الأتربة ، أو الغبار المتصاعد من الورش ، أو نواتج حرق القمامة . ومن المؤكد أن المستويين الرديء والرديء جدا يستخدمون أوعية أكثر للمياه ، لأن حجم الأسرة أكبر ، والاستخدام أكثر ، وبالتالي فالتكلفة لديهم أعلى على الرغم من وجود محاولات التحايل المختلفة.

(*) يعمل الزوج في هذه الأسرة بائع بخور، ودخلة 200 جنيه، وعدد أفرد الأسرة 4 أفراد وهم أميون.

2. عمليه التخزين للمياه: ونجد أنها تستكمل مسيرة التلوث . فالأوعية التي يتم استخدامها وكيفية التخزين تسهم بقدر كبير في هذا، رغم محاولاتهم المختلفة لتجنب التلوث الذي يحدث بدرجات مختلفة ، حيث نجد المستويين الجيد والمتوسط في حالة انقطاع المياه يقومون بالتخزين في برميل ، أو جركن كبير بلاستيك أحيانا يكون لجميع للحصول عليها مجانا ،وخاصة في حالة الشراء بالمقارنة بالمستويين الجيد والمتوسط وبالتالي فنسبة التلوث لديهم أعلى الاستخدامات ، وأحيانا أخرى يتم تخصيص وعاء لمياه الشرب ، يتمثل في الزير، ووعاء لمياه الغسيل والاستحمام ، يتمثل في البرميل البلاستيك . أن استخدام وعاء واحد (البرميل أو الجركن) لجميع الاستخدامات ينطوي على قدر كبير من التلوث ، وخاصة في حالة استخدامه للشرب أو الطهي ، أيضا في حالة التخصيص يحدث التلوث نتيجة اتساع سطح الوعاء (الزير) ، ومع استخدام "كوز"، أو كوب لتناول المياه، وتركة على الأرض، أو على الزير معرضا للأتربة، بالإضافة إلى عدم حرص الأطفال دائما على تغطية الوعاء. أو نظافة "الكوز" يوضح بجلاء ما يمكن أن يحدث. أما المستويان الرديء والرديء جداً، فيقومان بتخزين المياه في الجراكن التي نقلت بها ، أو في برميل بلاستيك ، أو بستلة ، أو تخصيص جركن مغطى ، أو زير لمياه الشرب، وتستخدم مياه البرميل للاستحمام وغسيل الأواني. وأحيانا يستخدم برميلان من البلاستيك ، أحدهما للحمام ، والثاني للشرب ، ومن الملاحظ أن التخزين هنا يتم في أوعية كثيرا ما تتعرض للتلوث داخل السكن بسبب اتساع السطح المكشوف ، سواء من الهواء عن طريق المبيدات، أو الأتربة، أو الحشرات الطائرة ، أو الزاحفة التي تكثر في مناطق سكنهم، وتجد طريقها إلى داخل السكن نظراً لأن مواد البناء تساعد على هذا، فالسقف يكون من عروق الخشب المغطاة بالبلاستيك أو خشب وبوص والأرض ترابية غير مبلطة وهذه المكونات تكثر على المستويين الرديء والرديء جدا . وكذلك فان الأواني البلاستيكية التي يتم التخزين فيها تتكون بداخلها فطريات تلتصق بالبلاستيك وتزداد مع الرواسب الموجودة في المياه والتي تتكاثر بها أثناء

الملء والنقل وهذه الفطريات لا يمكن إزالتها بسهولة ، وخاصة في حالة الجركن ، وبهذا فإنه حتى في حالة غلق الجركن، فإن المياه بداخله تكون ملوثة. ويمكن القول أن المستويين الأخيرين (الرديء والرديء جداً) يتم تخزين المياه فيهما لفترات طويلة من المستوين الجيد والمتوسط ، ويرتبط هذا أساساً بعدم توافر المياه لديهما ، وإذا كانت موجودة تنقطع كثيراً، وبالتالي يحتاجان إلى التخزين الممتد.

3. استخدام المياه المخزونة للشرب: فعلى المستويين الجيد والمتوسط يحدث هذا أحياناً. وحينما تكون المياه موجودة بالحنفية يتخلصون من المياه المخزونة ، أما باستخدامها في الغسيل أو تنظيف المنزل والاستحمام ، وهنا يتم تلويث الملابس والمنزل والجسد بما يتكون داخل المياه المخزونة من رواسب ضارة ، وكأنهم يعتقدون أن مجرد عدم استخدام هذا المياه في الشرب يكفي لمنع التلوث .

4. تأجيل بعض الاستخدامات للمياه: مثل غسيل الملابس على المستويين الرديء والرديء جدا ، وذلك إلى يوم تتوافر فيه المياه بغزارة من الصنبور. وقد يودي هذا إلى ارتداء الملابس متسخة، أو عدم غسلها لفترات طويلة مما قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الجلدية .

5. الاستخدام المتكرر للمياه: ويحدث ذلك على المستوين الرديء والرديء جدا أكثر "بغسل رجل العيال بعد غسيل الصحون"(*) وذلك حتى تظل المياه موجودة أطول فترة ممكنة . لان الأبناء يشعرون بالتعب من النقل المستمر يوميا لها ولهذا ، يمكن أن نجد المياه موجودة في الجراكن لمدة خمسة أيام على سبيل المثال.

6. رش المياه الزائدة أمام المنزل: فقد ذكر ت إحدى الحالات التي تنتمي إلى المستوى المتوسط "بنحط المية في جركن وآخر اليوم نكبها"، ويحدث هذا مع وجود المياه بالحنفية، وعدم الاحتياج للمياه المخزونة حيث يتم التخلص

(*) وهنا يمكن ملاحظة مدى ما يمكن أن يسهم به هذا في إصابة الأبناء بالأمراض الجلدية نتيجة لاستخدام مياه بها ملوثات مختلفة.

منها دون الاستفادة بها. ومن الملاحظ أن هذا لا يحدث على المستويين الرديء والرديء جداً، فالمياه التي يتم رشها أمام المنزل يكون قد سبق استخدامها في الغسيل على سبيل المثال لأن المياه تكتسب قيمه أكثر لديهم نظرا لطول فتره انقطاعها، وشراء المياه في كثير من الأحيان "الميه لما تتقطع بنلوص". وفي أي الأحوال فان التخلص من المياه بهذه الطريقة يولد الكثير من الملوثات.

7. محاولة تقليل كمية المياه المستخدمة: ويتم الترشيد في استهلاك المياه في مستويات المتوسط والرديء والرديء جداً. وذلك عند غسل الأواني، حيث يضعونها في طشت وطبق مياه للشطف، ويتم غسل الخضراوات في طبق ، وكذلك غسل الملابس في الغسالة قليلاً، ثم إكمال غسلها في طشت حتى لا تتسخ مياه الغسالة سريعا ويحتاجوا لتغييرها "باغسل الفم في الغسالة واخذ الغسيل في الطشت"، "ما بافتحش الحنفية وانا باغسل المواعين بحط في طبق بلاستيك الميه واغسل فيه فكدة ما استهلكش ميه كتير"، ويتضح من هذه الممارسات محاولة تقليل كميه المياه المستخدمة في التنظيف ، سواء للملابس، أو الخضراوات، أو الأواني، وربما يسهم هذا في إحداث التلوث الذي يتواكب مع عملية التنظيف المبتسرة هذه.

8. تغطية المياه: لجوء البعض من المستويين الرديء والرديء جدا لتجنب التلوث للمياه المخزونة بتغطيتها. وهذا لا يكفي للمحافظة عليها من التلوث الخارجي. فالمياه بعد فترة تتكون بها ملوثات داخل الإناء نتيجة التفاعل مع مكوناته.

9. شرب المياه الملوثة: إذا كانت المياه معكرة يحاول البعض تركها حتى تستقر العكارة في أسفل الوعاء ثم يستخدمونها للشرب رغم أن سقوط هذه الرواسب أسفل الإناء لا يعني أن باقي المياه غير ملوث، بل هي تعني أن المياه كلها تلوثت، وزادت بها الملوثات إلى الدرجة التي تشكلت معها هذه الرواسب.

10. صعوبة المحافظة على الأشياء: أو الأوعية التي تخزن بها المياه مغطاة دائماً، كذلك فإن استخدام المبيدات ووجود الأتربة نتيجة لتنظيف المنزل، أو الأتربة الموجودة في الهواء، أو الحشرات، كل هذا يمكن أن يؤدي إلى التغيير في نوعية المياه. بالإضافة إلى استخدام بعض الأسر لبرميل واحد لجميع الأغراض، فلا تراعى فيه النظافة من البداية ، لأنه يستخدم أساساً لدورة المياه والاستحمام.

وهكذا نجد تلك التحديات التي تواجه هؤلاء سكان هذه المناطق والتي تتمثل في منطقة السكن وما بها من تلوث سواء في الهواء أو الأرض ومع عدم توافر المياه لدى الجميع ، ووجود تفاوتات في هذه الوفرة يصبح الحصول على المياه أيضاً مشكلة أخرى تتجسد في جميع المراحل من نقلها وحتى تخزينها ، وبهذا تتحول المياه إلى نمط آخر مضاف للتلوث . وتحدث نتيجة لهذا مجموعة من الممارسات التي يلجأ إليها هؤلاء السكان للحيلولة دون حدوث هذا التلوث ، ولكن هيهات فقد حدث التلوث بالفعل للمياه . وتؤدي ممارساتهم – رغم ما لديه من وعي والذي يظهر في مستويات الرديء والرديء جداً– أيضا إلى مزيد من التلوث، وخاصة أن البيئة المحيطة بهم لا تشجع القضاء على هذا التلوث بل تدعمه وتغذيه.

ب. الغذاء

1. الشراء من الباعة الجائلين داخل المنطقة بكل ملوثاتها من أتربة وغبار من الورش ، فمن البديهي أن نتصور مدى إسهام هذا أيضا في الإضرار بصحة هؤلاء المقيمين بهذه المنطقة، وخاصة أن بعض هذه الأتربة تظل عالقة بالخضار ، ويكون من الصعب إزالتها بأي وسيلة، ويحدث هذا بالإضافة لما يوجد بالخضار من آثار المبيدات الحشرية التي تضاعف من النتائج السلبية . وأيضا تنوع مكونات هذه الأتربة والغبار المؤثرة نتيجة لتنقل الباعة من مكان لآخر .
2. اعتماد الزوج في بعض الأوقات على طعام محلات البقالة والباعة الجائلين بالمنطقة. نظرا لأن عملة (مثل الخشاب ، بائع البخور . بائع الخردة ،

النجار ، الحداد) يتطلب في كثير من الأحيان هذا مثل : "أنا باكل دايما بره.. باكل في المطاعم والدكاكين والناس اللي بتبيع وهي معدية"، وينطوي هذا على كثير من الإضرار التي يمكن أن تظهر أثارها على المدى الطويل، نتيجة لتناول طعام ملوث تعرض لعبث الحشرات والفئران به ، بالإضافة إلى عدم مراعاة الشروط اللازمة لإعداده بما يتفق وقواعد المحافظة على الصحة العامة .

3. التخزين للطعام قبل الطهي أو بعده. ففيما يتعلق بمعالجة الطعام على مستوى الجيد والمتوسط قبل الطهي، يتم تخزينه في حلة الومنيوم مغطاة، ويوضع تحت السرير، أو يتم غسلة ثم يوضع بالثلاجة، أو طهيه مباشرة، وعقب طهيه "بنشيل الزيادة في الثلاجة في أطباق بلاستيك وصاج"، أو التخزين "بالنملية"، ويميل البعض إلى عدم التخزين "مابنخزنش بنطبخ على طول"، "ما بيفضلش حاجة من الأكل"، "بيتاكل كله بس أنت هات أكل كمان(*)"، "ما بنخزنش العيال كتيرة والكل بياكل ما بيعتقش(**)"، أو تقوم الزوجة بغلي الطعام المتبقي وتضعه بالثلاجة، أو بالبوتاجاز أو أسفله، وتخزين الطعام بهذا الشكل يمكن أن يؤثر على مكوناته فيفسد، أو يتلوث داخل الثلاجة أو خارجها. كذلك فان عادة التخزين للطعام تتوقف على حجم الأسرة، وليس الوعي فكلما كثر عدد الأفراد، كلما أدى هذا إلى زيادة في استهلاك الطعام.
4. استخدام وابور الجاز في الطهي الذي يتم داخل نفس الحجرة ، وهذه الاستخدامات المختلفة للحجرة ترتبط بتلوث الهواء داخلها .
5. تنظيف الأواني بماء وصابون سائل وسلك الومنيوم ، ومع استخدام السلك يؤدي مع الوقت إلى تلف الأواني مما يساعد على تسرب المزيد من السموم إلى الطعام الذي يتم طهيه .
6. تناول الطعام على الأرض واستخدام الأيدي أو الملاعق وذلك على

(*) يعمل الزوج نجاراً، وهو أمي، والدخل 160 جنيهاً، والأبناء بالتعليم الابتدائي والإعدادي، وحجم الأسرة 5 أفراد. وتتضح هنا روح النكتة كمحاولة لمواجهة ظروف المعيشة.

(**) الزوج عجلاتي، الدخل 300 جنيه، وتوجد ابنة عاملة في مصنع بلاستيك بـ130 جنيها.

المستويين الرديء والرديء جدا. ومن الواضح إلى اي مدى يمكن أن يسهم هذا في التلوث خاصة في حاله عدم حرص أفراد الأسرة على غسل الايدي قبل الطعام بالإضافة إلى عدم نظافة الأرض، وانتشار الأتربة عليها التي ربما تختلط مع الخبز والأيدي.

7. استخدام الفراغات المكانية خارج السكن (مثل الصالة المشتركة ، أو أمام عتبة المنزل) في تناول الطعام ، أو غسيل الأواني ، وكأنها امتداد مكاني للسكن ، وهي تمثل محاولة لتحقيق الاتساع المكاني، ولكن في نفس الوقت يمكن أن تؤدي إلى آثار سلبية بحدوث التلوث من الأتربة المتراصة على الأرض ، أو الغبار المتطاير في الهواء ، أو تسلل الحشرات والحيوانات كالقطط والكلاب إلى داخل وحدة السكن مادام الباب مفتوحا باستمرار ، وما ينطوي علية ذلك من عبث بالأطعمة والمياه الموجودة بالداخل .

8. الاضطرار لتناول الطعام الملوث لعدم وجود بديل نتيجة للفقر ، وضيق ذات اليد ، كما تذكر حاله تنتمي للمستوى المتوسط "الأكل الملوث حايتاكل حايتاكل معنديش استعداد أشتري غيرة".

9. الاعتماد على دكاكين ذبح الدواجن (الفرارجي)، والتي قد تبيع الدواجن النافقة بالمنطقة، أو تركة للفراخ تأكل من القمامة ثم ذبحها وبيعها بعد ذلك للناس فتلوث أجسادهم، كذلك ما يصاب به هؤلاء العاملون بهذه الدكاكين من أمراض جلدية يمكن أن تنتقل إلى الشخص القائم بشراء هذه الدواجن عن طريق هذا الوسيط (الدجاجة). ويكثر هذا على المستوى الرديء والرديء جداً.

10. الشراء من محلات البقالة بالمنطقة حيث تكثر الفئران والحشرات التي تعبث بما يوجد بها من أغذية، وبالتالي تكون مجالا لنشر الأمراض لمن يتناولها ، ويكثر هذا على مستوى الرديء والرديء جدا.

وتجسد هذه الممارسات صعوبة المحافظة على الطعام بمنأى عن التلوث، ومدى ما تسهم به في إحداث مزيد من التلوث الذي تتراكم آثاره فتؤدي إلى الإصابة بعديد من الأمراض الخطيرة على صحة الإنسان.

استخلاصات

اتضح لنا مما سبق ذلك السياق الاجتماعي والثقافي للتلوث بإحدى المناطق العشوائية . الذي جسد لنا ذلك المحيط بكل عناصره وأبعاده ، وخاصة فيما يرتبط بنمطي تلوث المياه والغذاء، ويعكس هذا مدى الارتباط بين ما يحدث من تلوث في المجتمع ككل ، وبين ذلك التلوث في نطاق عزبة خير الله بالتحديد (كنموذج لما يحدث في كثير من العشوائيات) ، ذلك أن العشوائيات جزء لا يتجزأ ولا يعيش منفصلا عن تلك المشكلات الاجتماعية السائدة في المجتمع المحيط .

وإذا كان التلوث "يعد مسئوليه مجتمعية أساسا" ، ومن ثم يمكن الحديث عن المسئولية الفردية والجماعية فان القضاء على التلوث يستلزم التضامن بين هذه المستويات المختلفة للمسئولية .

ويسهم الفقر ونوعية الحياة والممارسات السلوكية المتنوعة والقيم في العشوائيات في إعادة إنتاج التلوث (بشكله المتميز) بجميع أنماطه ، ولهذا فإن أنماط التلوث (للمياه والغذاء والهواء والأرض والسمع والبصر) ترتبط ببعضها البعض، وكلما زاد الارتباط تفاقمت المشكلة .

ويمكن القول بوجود ارتباط بين هذين النوعين من التلوث (الماء والغذاء موضوع هذا المبحث) ، فكل معالجة للطعام بالماء ، أيا كان شكل هذه المعالجة بالتنظيف أو الطهي تؤدي إلى تلوث الغذاء . كذلك فان التقاء فائض المياه الذي يتم التخلص منه مع ناتج تنظيف الطعام يولد مزيدا من التلوث ، سواء للأرض ، أو الهواء ، بل قد يمتد إلى إحداث التلوث البصري، الذي قد يحدث أيضا نتيجة للافتقار إلى الإحساس الجمالي لدى البعض لعدم قدرته على شراء الخضار والطماطم الطازجة ، وتعودهم على شرائها في حالة أقرب إلى العطن والفساد لأنها حينئذ تكون زهيدة السعر . وكذلك التعود على رؤية أكوام القمامة المتراصة التي تزخر بفضلات الطعام والمياه المتجمعة في بعض الحفر . وينشأ عن هذا أيضا تلوث سمعي نتيجة للمشاجرات والخلافات التي تتشكل حول إلقاء المياه أمام المنازل أو إبعاد القمامة إلى أبواب الجيران .

وهكذا نجد أن أنماط التلوث تتشابك مع بعضها البعض لتشكل في النهاية أشكالاً جديدة، وتعيد أنتاج نفسها من جديد فكانها تتوالد من هذا التشابك والاختلاط بين عديد من الأنماط، وهكذا تستمر سلاسل الملوثات تمارس تأثيرها.

وهنا تأتي أهمية القضاء على هذا الارتباط بين حلقات هذه السلاسل . ومعالجة كل حلقة على حدة لاستئصال الأسباب الكامنة والظاهرة التي تدعمها . إذا جاز لنا أن نتحدث عن مجتمع يخلو من الملوثات.

الهوامش والمراجع

1- انظر : عبد الفضيل ، محمود ، مصر ورياح العولمة ، القاهرة : كتاب الهلال ، العدد 585 ، سبتمبر 1999 ، ص ص 56 – 57 ، أيضا : عبد الباقي . شريف ، طبيعة وأبعاد مشكلة الإسكان غير المخطط بالمناطق العشوائية ، مجلة النيل ، العدد 57 ، ابريل 1994 ، ص ص 66 –76 ، أيضا : أبو سريع ، نرمين ، العشوائيات في مصر ، مجله النيل ، عدد 57 ، 1994 . ص ص 76 – 77 ، وأيضا : عبد الجواد ،عصام وآخرون، خطة الحكومة للقضاء على العشوائيات : مناطق تتحدى القانون في 24 محافظة ، روز اليوسف ، السنة الرابعة والسبعون : العدد 3719 ، 18 – 24 سبتمبر 1999، ص38 . أيضاً: صالح أحمد محمد ، الشباب المنسي في ريف مصر، مجلة سطور ، السنة الثالثة، العدد 30 ، مايو 1999 ، ص 23 .

2- انظر الولي ، ممدوح / سكان العشش والعشوائيات الخريطة الإسكانية للمحافظات ، روز اليوسف ، القاهرة ، 1993 ، وأيضا : سعودي ، محمد عبد الغني ، غذاء المصريين ومشكلاته ، مجلة النيل ، القاهرة ، السنة 13 ، العدد 50 ، يوليو 1992 ، ص 38 ، وأيضا : على ، عصام السيد ، الغذاء بين المرض وتلوث البيئة ، مجلة النيل ، القاهرة ، العدد 58 ، يوليو 1994 ، ص ص 83 – 86 ، وأيضا مجلة النيل، حلقه بحثية حول مشكلة القمامة بالقاهرة والجيزة ، العدد 57، 1994، ص ص87 – 88 . وأيضا : صالح ، عبد المحسن ، المدنية الحديثة ومشكلة التلوث ، عالم الفكر ، القاهرة ، المجلد الثاني ، العدد الثالث ، أكتوبر – نوفمبر – ديسمبر 1971 ، ص 77 وأيضا : تقرير مجلس الشورى ، قضايا البيئة والتنمية في مصر والمياه والصرف الصحي . وانظر أيضا .

- Hopkins, Nicholas Setel, Pollution and People in Cairo, Cairo Papers in Social Science, American University ,Volume 179, Monograph 4 , Winter 1994/1995 .
- Fitchen , janet M., Anthropology and Environmental Problems in the U.S : the case of ground water contmination, in : practicing Anthropology , 10 (3 – 4) :5 , 1988 , pp . 18 – 20 .

- Wolfe, Amy K , Environmental risk and Anthropology in: practicing Anthropology , 10 (3 –4) , 1988 , p .4 .

3- انظر : سلسله تقارير مجلس الشورى ، لجنة الخدمات ، التقرير رقم 10 ، قضايا البيئة والتنمية في مصر وتلوث الهواء ، 1992 ، ص ص 16 ،23 ،31 – 33 ، وانظر: الفقي ، محمد عبد القادر ، البيئة مشاكلها وقضاياها وحمايتها من التلوث، القاهرة، مكتبة ابن سينا ، 1999، وانظر : نجوى عبد الحميد ، التكنولوجيا والتلوث في منطقة حلوان : تلوث الهواء وأمراض الطفولة ، في محمد الجوهري وآخرون ، علم الاجتماع والمشكلات الاجتماعية ، القاهرة ، دار المعرفة الجامعية 1998 ، ص ص 191 – 239.

4- تم الاستناد في تعريف هذه العناصر الاجتماعية والثقافية (التي حددتها الباحثة للتصنيف والتحليل وفقا للمادة الميدانية المتاحة) إلى انظر : شارلوت سيمور – سميث ، موسوعة علم الإنسان : المفاهيم والمصطلحات الانثروبولوجية ، ترجمه مجموعة من أساتذة علم الاجتماع ، إشراف محمد الجوهري ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة ، 1998 ، وانظر : جوردون مارشال ، موسوعة علم الاجتماع، ترجمة أحمد زايد وآخرون ، مراجعة وتقديم محمد الجوهري ، المشروع القومي للترجمة ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة ، 3 مجلدات .

5- أنظر : الجوهري ، محمد ، الأبعاد الاجتماعية لمشكله الزحام : الزحام ونسق القيم في : محمد الجوهري ، دراسات في الأنثروبولوجيا الحضرية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، 1991 ، ص ص 343 – 365.